

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

“Muerte infantil por causas no naturales”.

T E S I S

**Que presenta
Guadalupe Huerta Beltrán.**

Para obtener el título de Licenciada en Psicología

Directora de Tesis: Mtra. Ma. del Carmen Montenegro Núñez

Jurado:

Mtra. María Luisa Herrán Iglesias

Dr. Germán Álvarez Díaz de León

Mtra. Araceli Lámbarri Rodríguez

Lic. José Manuel Martínez

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A Dios por permitirme llegar a la culminación de este largo esfuerzo del cual me siento sumamente orgullosa.

Comparto este triunfo con mi padre que siempre ha creído en mí y en mis capacidades, a mi madre que día a día me demuestra su fortaleza solo le puedo decir "no desistas" recuerda los versos de mi abue que aun cuando no esta físicamente con nosotros siempre nos impulso a ser mejores personas.

A mi abue que se fue sin ver este triunfo alcanzado le agradezco todas sus enseñanzas y amor.

A menquis y ñoto por todos estos años de apoyo y amor aun en mis malos ratos, recuerden que son mis hermanos consentidos.

A todos los López sólo me queda agradecerles eternamente por todo el apoyo que me dieron cuando lo necesite gracias por demostrarme que son mi familia mil besos. Tía te sacaste un 10 en las correcciones.

A mis tías Pily y Mary gracias por que aun con la distancia siempre me dieron apoyo para seguir adelante, a mi tío Pepe solo le digo que "si se puede, si se puede" síguete echándole ganas.

A mis primos que siempre me motivaron y creyeron en mí, y no pongo nombres por que son tantos que no quiero herir los sentimientos de nadie, porque a todos los adoro desde el más grande hasta el más chico.

A mis sobrinos que son los angelitos de la familia y por los que cada día descubro que el maltrato es una infamia que no debe caber en ninguna parte del mundo.

A mi directora Maricarmen, que aun con todas sus ocupaciones siempre se dio un tiempo para apoyarme, orientarme y motivarme mil gracias.

No puede faltar la mención de que ser puma es un orgullo y una responsabilidad.

A mis amigos no por ser los últimos son los menos importantes, solo les digo que los conocidos van y vienen pero ustedes han estado conmigo a lo largo de muchos años y espero que siga así. Gracias por estar conmigo en las buenas y valla que fueron buenas, pero sobre todo por estar en las malas.

Directamente a Daniel@ y Gus espero pronto asistir a sus exámenes profesionales.

"Recuerden que todos forman parte importante de mi vida y ocupan un lugar especial en mi corazón mil besos".

ÍNDICE

Introducción.....	i
I. MARCO TEÓRICO:	
CAPÍTULO I	
Conceptualizando la muerte infantil.....	2
CAPÍTULO II	
Teorías psicológicas sobre la violencia.	12
CAPÍTULO III	
La familia	23
CAPÍTULO IV	
Antecedentes	33
II. MÉTODO:	
Objetivos.....	40
Tipo de investigación.....	40
Diseño.....	40
Muestra.....	41
Instrumentos psicológicos.....	42
Procedimiento.....	42
Análisis estadístico.....	43
RESULTADOS.....	45
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS.....	82
APÉNDICES.....	86

Introducción.

La muerte es un suceso que es clasificado como natural o no natural, dependiendo de las circunstancias en las cuales se produzca; la muerte natural ocurre por enfermedad o vejez, mientras que la muerte no natural es consecuencia directa de accidentes o de hechos violentos; que involucra también a infantes. Realidad que ocurre en países como el nuestro.

Las muertes no naturales en infantes están muy ligadas al maltrato físico y a la negligencia por parte de los padres o tutores, situaciones que en muchas familias se da como algo natural y cotidiano. Se sabe por ejemplo, que los infantes que mueren por causas no naturales, han vivido desde tiempo atrás distintas manifestaciones de violencia que no fueron denunciadas con oportunidad. Este hecho llamó la atención de Osorio y Nieto desde 1992 (En: Rodríguez, 2003, p. 199), al integrar la muerte como consecuencia de la violencia dentro de su definición de niño maltratado, expresándolo como “La persona que se encuentra en el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y el inicio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, proveniente de sujetos que por cualquier motivo tenga relación con ella”.

Las causas de violencia que se ejerce sobre un infante pueden ser de lo más variado, por ejemplo se ha señalado que adultos que sufrieron de ésta en la infancia, tienden a repetir el mismo patrón de conducta bajo la perspectiva “si yo pude él o ella también”, refiriéndose al hecho de que así es como las personas se hacen fuertes con el tiempo, obviamente si es que antes no mueren.

Es importante señalar que por su condición de inmadurez un menor es más vulnerable a ser violentado, llegando al extremo de causarle la muerte. Sin embargo, el maltrato no siempre es

denunciado, y por ende es difícil de demostrar, razón por la cual en este estudio hablaremos de la muerte de menores por causas no naturales.

Lo anterior fue motivo de la realización del estudio, ya que surgió el interés por conocer las causas de muerte en los infantes y la influencia de la violencia o la negligencia de los padres o los tutores en estos decesos, que al ser clasificadas como no naturales requerían por ley realizar la necropsia que se debe realizar cuando hay dudas acerca de las causas que la provocaron en cualquier persona. El estudio se basó en registros del Servicio Médico Forense (SEMEFO) del Distrito Federal.

Para capturar la información que aquí se presenta se elaboró una cédula para facilitar su análisis, así el presente trabajo describe las causas no naturales por las cuales los menores en edades entre 0 y 12 años murieron en el Distrito Federal, durante los años 2000-2005. Lapso en el cual fallecieron 1654 infantes, donde el 59% correspondió a niños y el 41% restante a niñas.

Con respecto al 2005 se investigaron aspectos adicionales acerca de los padres, por lo que el presente estudio además de las causas describe algunas características sociodemográficas de su entorno familiar, lugar en el que se repite más este suceso, independientemente de la edad y sexo.

El marco teórico referencial del presente trabajo abordará en el capítulo 1, la conceptualización del maltrato infantil; en el segundo las teorías psicológicas que explican el maltrato; mientras que en el capítulo 3 se exponen las características y estructura de la familia desde la perspectiva de género. Los antecedentes corresponden al capítulo 4, en donde se abordan otras investigaciones realizadas a lo largo de las tres últimas décadas, tanto en nuestro país como en el extranjero.

“De todas las cosas bellas en el mundo, nada es tan hermoso como un niño cuando da algo. Con cualquier pequeñez que dé, el niño te da el mundo; te abre el mundo como si fuera un libro que nunca habías podido leer. Un niño tiene tan poco que dar, porque nunca sabe que te da todo”.

Margaret L. Runbeck.

CAPÍTULO I

Conceptualizando la muerte infantil.

Kempe H., en 1961 fue pionero en los estudios del síndrome del niño maltratado, los cuales realizó basándose en los casos de los niños que atendía y que presentaban lesiones que no podían haberse provocado ellos mismos. Su definición señala que el maltrato infantil es “el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor” (En: Osorio y Nieto, 2005 pp. 11-12).

A partir de ese momento hay un gran desarrollo en el estudio del maltrato que sufren los niños por parte de sus padres o cuidadores, situación que a lo largo de los años ha sido definida desde distintos puntos de vista, uno de ellos es el jurídico y otros corresponden a las disciplinas tales como la psicología y la medicina. A continuación presentaremos algunos de los aspectos relativos a estos enfoques.

Una de las primeras definiciones la encontramos en Marcovich (1978 p. 55) quien definió el maltrato infantil como “El conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental, de un mayor de edad en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social”.

La Convención sobre los Derechos del Niño 1989, en su Artículo 19 define el maltrato infantil como, “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

En cuanto a los factores que la generan se señala que es el resultado de una compleja interacción de factores de diversa índole, desde biológicos hasta políticos, se agrega a este problema que es esencial comprender los factores y sus interrelaciones para la prevención

de la violencia, además de disponer de estrategias que se apliquen en los distintos niveles del modelo ecológico (individual, familiar, comunitario, social), con ayuda de los gobiernos y asociaciones no gubernamentales. (Organización Mundial de la Salud, 2003).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), retoma la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la amplía diciendo que la violencia puede ocurrir en el hogar, las escuelas, los orfanatos, los centros residenciales de atención, en las calles, en el lugar de trabajo, en prisiones y en los casos más graves, la violencia contra los niños conduce a la muerte. (UNICEF, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1996 en la Asamblea Mundial de Salud, aprobó la resolución que declara a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Así en el informe que presentó en el 2003 ofrece una panorámica integral de la violencia en todo el mundo, definiéndola como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Dentro de esta definición la intención es un acto independiente de las consecuencias que produce. Se excluyen los hechos no intencionales como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras.

Dentro de la definición de violencia, la palabra “poder” incluye las amenazas y la intimidación. Se destaca que “el uso del poder” puede implicar entre otros aspectos el descuido o los actos por omisión del mismo modo que lo hace con los actos por acción, los cuales son más evidentes. En el informe sobre la violencia (2003), se señala que debe entenderse que “el uso intencional de la fuerza o el poder físico” incluye el descuido y

todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión.

Respecto de los elementos implicados en el uso intencional de la fuerza o el poder físico, el informe clasifica a estos con base en el “Tipo” y en su “Naturaleza”. En cuanto al Tipo, se mencionan tres categorías generales de violencia:

- ✓ La autoinfligida: comprende el comportamiento suicida o el suicidio consumado y las autolesiones, incluyendo la automutilación.
- ✓ La interpersonal que se subdivide en:
 - Violencia familiar o de pareja: incluye el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato a las personas mayores.
 - Violencia comunitaria: se produce entre personas que no guardan parentesco ya sean extraños o conocidos, sucediendo regularmente fuera del hogar, incluye la violencia juvenil, actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.
- ✓ La colectiva: cometida por grupos más grandes de individuos o por el estado, integrada por la violencia social, violencia política y violencia económica.

En cuanto a la naturaleza, la OMS clasifica la violencia en:

- Física; se trata de los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo.
- Sexual; son los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual.
- Psíquica; se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional

y el desarrollo del niño, tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.

- Privaciones o descuido; este se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño, en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras.

Hay otros autores como Acosta (1998) que si bien toman los planteamientos de la OMS hacen su propia clasificación, como la que presentamos a continuación:

Síndrome de abuso físico: El síndrome de abuso o maltrato físico puede asociarse a otras formas de maltrato tales como: el abuso sexual, la negligencia física o emocional y el síndrome de muerte súbita del lactante.

Síndrome del niño sacudido: se presenta en menores de dos años, que son sacudidos, balanceados o lanzados, que pueden sufrir lesiones en el encéfalo. Daño que solo es observable después de un estudio radiológico y ocular profundo.

Síndrome de la negligencia física y emocional: “puede definirse como el deterioro progresivo corporal y emocional del niño o del adolescente por insuficiencia de los padres o tutores para prever y proporcionarle las necesidades básicas para la vida”.

Síndrome de Münchhausen: en este síndrome se inducen síntomas reales o aparentes de una enfermedad.

Síndrome de Münchhausen por poder: es la versión en niños del síndrome de Münchhausen en donde los padres inducen en sus hijos síntomas reales o aparentes de una enfermedad.

Síndrome de Polle (termino no aceptado): este es nombrado así por el hijo de Münchhausen, para definir el síndrome en niños.

Síndrome de intoxicación no accidental: es otra forma de abuso o negligencia esta se considera independiente del síndrome de Münchhausen aun cuando en muchos casos se comporta de igual manera. Acosta 1998, propone las siguientes categorías en la intoxicación no accidental:

- ❖ Intoxicación no accidental por autoingestión: es una ingesta excesiva de sustancias toxicas para conseguir distintos efectos como, intento suicida o suicidio, incrementar el estado de ánimo o sedación.
- ❖ Intoxicación por negligencia, o no premeditada: es la intoxicación producida por descuido de un adulto, esto al dejar sustancias tóxicas al alcance de los niños o cuando suministran medicamentos excesivamente o no prescritos por un médico. Esto puede observarse en cualquier edad pero se ve más a menudo en edades entre 2 y 10 años de edad.
- ❖ Intoxicación no accidental premeditada, o abuso en el niño: en esta se administra deliberadamente la sustancia al niño con el propósito de simular una enfermedad o calmar la intranquilidad del menor. Se caracteriza por causar alta morbilidad y letalidad, además de ser difícil de detectar por lo confuso del cuadro clínico.

Síndrome de intoxicación alcohólica: es incluida dentro de la intoxicación no accidental.

Síndrome de muerte súbita en el niño: dentro de esta se da la muerte en los niños sin causa aparente.

Por otra parte Loredó (2004: 151-207) propone otras formas de maltrato, siendo estas las siguientes.

Abuso Fetal: Por (AF) se entiende, “todo acto que de manera intencional o negligente afecte al producto de la gestación en cualquiera de sus etapas”. Este puede ser causado directamente por la madre, por otro miembro de la familia, el médico u otra persona.

Niños de la calle y en la calle: Dentro del primer grupo quedan comprendidos aquellos menores que nacen en este sitio sin tener hogar, también se ubican dentro de este grupo los menores que viven en la calle, o en instituciones. El segundo grupo está constituido por los niños que contando con un hogar y familiares, deciden vivir en la calle, por diferentes razones como el maltrato, la violencia familiar, violación, etc.

Ritualismo satánico: Entre estas formas de maltrato se encuentra el sadismo, los niños víctimas de este tipo hacen descripciones de tortura y sacrificios de animales como de seres humanos en los que se les hace comer algunas partes del cuerpo o fluidos como sangre, semen, orina, etc. En este tipo de rituales existe una unión entre aspectos religiosos, mágicos o sobrenaturales, mediante los cuales el agresor infunde miedo o temor a los niños.

Niños de la guerra: Son aquellos que por condiciones bélicas en su país son despojados de su hogar y de su familia, siendo víctimas de toda clase de agresión física, mental y social. A temprana edad tienen contacto con el empleo de armas y en algunas ocasiones son reclutados como soldados.

Como se ha podido ver en el maltrato infantil hay diversas formas de expresar la violencia, desde la más sutil, donde ni siquiera hay tocamientos, hasta expresiones de total destrucción como sería la muerte.

Fernández y Perea (2004) brindan una clasificación del SMI basada en la intencionalidad del daño clasificándolo en:

- Maltrato intencional
- Maltrato no intencional (negligencia-"accidente")
- Maltrato indeterminado. (cuando no es posible determinar intencionalidad)

En los accidentes la responsabilidad de los padres o tutores, en cierta medida se atenúa, mientras que en la negligencia los padres fallan totalmente como protectores y proveedores de las necesidades básicas y esenciales durante el desarrollo del menor.

Con relación a la negligencia manifiestan que en toda definición el elemento esencial es un fallo en satisfacer las necesidades básicas, que amenacen o dañen el desarrollo del niño.

Se describen varios tipos de negligencias: físicas, médicas, educacionales, en su seguridad, en su supervisión, emocionales, nutricionales y el abandono. Algunos autores como Wanda K, Allison T y McCarley L. 2003 (En: Fernández y Perea, 2004) agrupan a la negligencia en 3 grupos: física (incluyendo la médica), educacional y seguridad.

- Negligencia física: Se refiere a un fallo en proporcionar al niño sus necesidades básicas, tales como: alimentos, vestido, amparo, cuidado médico y supervisión. La negligencia médica puede tomar formas muy variadas, pero fundamentalmente se refiere a la negación o demora en el cumplimiento del tratamiento indicado y la no asistencia a las citas o consultas de seguimiento.

- La negligencia educacional: incluye fallo en asegurar la asistencia del niño a la escuela, de prevenir el ausentismo crónico y las llegadas tarde, en no asegurarle al niño que cumpla con los requerimientos educacionales establecidos.
- Seguridad: aquí se incluye el cuidado del ambiente del niño, sus condiciones higiénico-sanitarias y protección de cualquier forma de daño.

Dadas las características variadas en las que se puede presentar la violencia, la muerte como consecuencia de ella es de igual forma muy variada, difícil de identificar o mal clasificada, al respecto Di Maio y Dana (2003) proponen que la muerte se clasifique según la causa, el mecanismo y el tipo:

- La causa de la muerte es la enfermedad o lesión que produce el trastorno fisiológico.
- El mecanismo de la muerte es la perturbación fisiológica originada por la causa de la muerte.
- El tipo de muerte es como ha sucedido la causa de la muerte. Los tipos de muerte son:
 - Natural.
 - Accidental.
 - Suicida.
 - Homicida.
 - Indeterminada.
 - Sin clasificar.

La muerte por violencia puede derivar según la OMS de la intencionalidad como de la negligencia siendo esta última fácilmente confundida y clasificada como accidental, esta

mala clasificación conlleva a que se desconozca la magnitud real del problema, además de que jurídicamente no se haga nada.

La OMS (2003) señaló que los datos de mortalidad por violencia además de ser menos comunes que los no mortales, ciertos tipos de violencia no están representados plenamente en los datos al no haber una clasificación global de las causas de muerte y las circunstancias en las que se desarrolla la muerte.

“Al caminar, abres y creas el cauce del río por cuya corriente tus descendientes entrarán y fluirán”.

Kazantzakis.

CAPÍTULO III

Teorías psicológicas sobre la violencia.

Hablar del origen de la agresión nos remonta a múltiples disciplinas como la Antropología, la Sociología, la Criminología, la Psicología, etc. Son tantas las disciplinas, como formas de clasificarla, por ejemplo Clemente y Espinoza (2001), agrupan las teorías en dos grandes bloques: las teorías activas y las teorías reactivas, las primeras ponen el origen de la agresión en los impulsos internos apareciendo estos desde el momento del nacimiento; las segundas sitúan el origen de la agresión en el ambiente que rodea al individuo el cual determina la aparición o reacción agresiva del individuo.

Son múltiples los teóricos que explican la agresión. Sin embargo, en este caso nos basaremos, en García-Pablos (1999), quien describe a los distintos autores bajo el modelo que les da contexto, haciendo referencia al acto criminal:

El modelo psicodinámico.

Para Freud todo acto delictivo tiene un sustrato y connotación sexual profunda, donde los instintos, innatos al ser humano, juegan un papel muy importante. Tenemos que el instinto de vida se define como una fuerza positiva básica y el instinto de muerte una fuerza negativa o de destrucción (hipótesis que fue superada por Freud en su tercera clasificación de instintos). Si bien Freud no estudio a profundidad al delincuente señaló que la neurosis y la criminalidad son un desequilibrio del aparato intrapsíquico lo que refleja un conflicto mental profundo; sólo que el criminal a diferencia del neurótico, pasa a los hechos agresivos, mientras que el neurótico sólo los imagina.

Otros psicoanalistas como Alexander y Staub (1929), asumen la teoría freudiana del complejo de Edipo; para explicar el comportamiento criminal: su génesis, tipología y terapia apropiada.

Como génesis manifiestan que no hay diferencias congénitas entre el delincuente y el que no lo es, sólo que el delincuente no puede reprimir o vencer su complejo de Edipo sucumbiendo a él, además de influir también factores educacionales. Su tipología distingue dos grandes grupos de delincuentes los crónicos y los situacionales, estos últimos a su vez se dividen en neuróticos los cuales optan por el delito como salida a un conflicto psíquico, los normales se identifican con motivos sociales, educacionales etc., y los enfermos debido a padecimientos orgánicos o patológicos.

García-Pablos expresa que la psicología individual de Alfred Adler, (1970), “Gira en torno a tres principios que según él determinan la conducta humana; el sentimiento de inferioridad (condicionado por razones genéticas, orgánicas o meramente situacionales), la ambición de poder (que trata de compensar el complejo de inferioridad) y el sentimiento de comunidad (moderador de ambos)” (p. 576).

Agrega que el sentimiento de inferioridad es lo que determina la conducta del ser humano, expresando que el complejo de inferioridad en los criminales genera conductas delictivas compensando de este modo su necesidad de poder, obtenida a través de sus víctimas.

Forever (2003), añade que el sentimiento de inferioridad nace en la infancia debido a las condiciones en las que se desarrolla un niño, como su dependencia material y afectiva representa una situación de inferioridad, la cual es confirmada por los padres. Alfred Adler a este concepto lo denominó “sentimiento de minusvalía”, basando su teoría en el análisis de las causas que lo originan, ya sean factores externos (exógenos) o internos (endógenos), las deficiencias familiares, sociales u orgánicas.

Modelos biológico- conductuales.

El modelo de condicionamiento de Eysenck reconoce que la conducta criminal es fuertemente influenciada por factores genéticos, pero el proceso de socialización y el defectuoso condicionamiento del individuo son decisivos en la génesis de la conducta delictiva; siendo los factores situacionales los que determinan el grado y tipo del condicionamiento individual.

Modelos socioconductuales o del aprendizaje social.

La teoría del aprendizaje social de Bandura es un modelo que explica la génesis de la criminalidad violenta, es un proceso que mediante la observación se llega a la imitación de pautas y comportamientos criminales. De modo que el individuo va aprendiendo a ser criminal. Influyen también en su aprendizaje violento el medio en que se desarrolló, teniendo gran impacto en él sus vivencias de niño. Por ello Bandura pone especial énfasis en: “la forma que adapta el comportamiento social violento, la frecuencia con que se expresa, la situación en que tienen lugar y los objetivos específicos seleccionados por aquél” (En: García-Pablos p. 601).

Por su parte Feldman en su modelo de aprendizaje social expresa que en el aprendizaje delictivo influyen factores genéticos, situacionales y conductuales. Siendo necesario para la adquisición y mantenimiento de la conducta delictiva la interacción de las variables anteriores, de modo que el individuo puede aprender a delinquir o a no hacerlo.

La teoría etológica afirma que es necesario establecer los límites entre lo que se entiende por violencia y agresión. Clemente y Espinoza (2001), señala que para los etólogos como Lorenz (1966) y Eibl-Eibesfeldt (1975) la agresión es instintiva, donde la Teoría del Dolor juega un papel muy importante al establecer que el miedo al dolor es condicionado para producir una conducta en extremo agresiva.

Respecto a la violencia Abrahamsen (1976) destaca:

“Cuando una persona recurre a la violencia, lo hace con el fin de obtener poder” (p. 36).

Así al obtenerlo crece su propia estima, manifestando también que la violencia en el homicidio suele ser mucho mayor de la necesaria para matar a la víctima. Expresando a través de la venganza su incapacidad de soportar la frustración y el odio, realizando así actos violentos para demostrar su poder.

El autor señala además que los homicidas consumados comparten tres elementos: las frustraciones, el temor y la depresión; los cuales pueden inclinar a que cualquier persona se convierta en homicida sin que estos tres aspectos sean determinantes. Dicho de otra forma algunas personas pueden tener las anteriores características pero no ser homicidas.

Abrahamsen (1976) como discípulo de Freud manifiesta:

“El homicidio surge de la intensidad de los deseos de muerte que coexisten con nuestras emociones al servicio de la vida, del mismo modo que el amor y el odio conviven dentro de nosotros”. (p. 17)

Expresando de este modo que el impulso al homicidio existe en todos nosotros y a pesar de nuestra resistencia a admitirlo forma parte de nuestra humanidad, teniendo raíces emocionales, lo que nos hace capaces a muchos de nosotros de matar.

Hasta el momento se han abordado algunas teorías que explican el origen de las conductas delictivas, pero con respecto al maltrato infantil, Sanmartín, (1999) menciona que una de las primeras hipótesis para explicarlo era la presencia de trastornos psiquiátricos: el delincuente debe ser anormal precisamente por actuar distinto a la gente normal, es el pensamiento que la sociedad ha atribuido como respuesta a la conducta delictiva. Pero la existencia del maltrato

infantil en casos en donde no había presencia de trastorno, condujo a la búsqueda de características no patológicas.

Así en los años 70s, Gelles propuso un modelo sociológico del maltrato infantil, el cual explica que el maltrato hacia los infantes es una interacción entre factores de contexto social dejando de lado factores individuales de la víctima (En: Sanmartín, 1999).

Por su parte Garbarino y Belsky (1980), fueron los promotores del modelo ecológico el cual explica el maltrato infantil a partir de los encajamientos de distintos ámbitos: el individual denominado (nivel ontogenético), el familiar (microsistema), el social amplio (exosistema) y el cultural (macrosistema). (En: Sanmartín, 1999).

En los modelos ecosistémicos, la integración de variables de diferentes niveles ecológicos se consideró como aspecto esencial de la explicación del maltrato y abandono infantil. En estos modelos se incluyen variables relativas a la propia historia de la crianza de los padres, ya que el tipo de atención y de cuidados recibidos en su propia infancia estarían condicionando su capacidad para brindar atención y cuidados (Arruabarrena y De Paul, 1994).

Bauer y Twentyman (1985, En: Arruabarrena y De Paul, 1994) formularon el modelo cognitivo del maltrato físico, el cual se produce tras una secuencia de cuatro fases:

- 1) Expectativas inadecuadas con respecto a secuencias de interacción del niño.
- 2) Incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas.
- 3) Interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad, y
- 4) Respuestas inapropiadas y agresivas hacia el niño.

Manifestándose una inadecuada resolución de las situaciones estresantes por parte de los padres.

Bronfenbrenner (1987, En: Corsi, 1994) Postula “que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica” (pp. 48-50).

Así desde una perspectiva ecológica, los distintos contextos en los que se desarrolla una persona son:

- a. El contexto más amplio del modelo ecológico (macrosistema) es la forma de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida prevalecen en una cultura o subcultura en particular. Son patrones generalizados que impregnan las distintas clases o jerarquías de una sociedad (por ejemplo, la cultura patriarcal). Sanmartín (1999), menciona que esta es influenciada por ideologías sobre las prácticas educativas por ejemplo: las letras con sangre entran, la actitud hacia la familia, la mujer y el niño de forma tal que la mujer le pertenece al hombre y los hijos a los padres.
- b. El segundo nivel (exosistema), que está compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad. Sanmartín señala que esta se refiere a la falta de apoyo e interacción por parte de vecinos amigos o demás familiares.
- c. El contexto más reducido (microsistema) se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona. Dentro de esa red, juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema.

De forma tal que es necesario considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona.

Arruabarrena y De Paul, 1994, menciona que en el nivel de microsistema se estudian las variables de los comportamientos concretos de los miembros de la familia así como las características de su composición, siendo importante la interacción entre los padres y de estos con sus hijos.

Sanz y Molina, (1999, p. 45) exponen que dentro de este grupo hay supuestos implícitos con respecto a los hijos como:

“Los hijos son propiedad privada de los padres, estos determinan qué clase de educación, cómo manejar y sancionar a los niños, con exclusividad de derecho de determinar sobre sus vidas, sin participación externa”, la utilización de castigos físicos para corregir conductas indeseables además de ser de carácter exclusivamente privado para la propia familia.

Bronfenbrenner, (En Corsi, 1994; p. 51) propuso este modelo en el ámbito de la investigación del desarrollo humano, con el objetivo de no aislar a la persona en estudio de sus entornos naturales. Se incluyó en el modelo el nivel individual; este nivel es un subsistema en el cual se describen cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

1. La dimensión cognitiva: comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptuar el mundo que configura el paradigma o estilo cognitivo de la persona.
2. La dimensión conductual: abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.

3. La dimensión psicodinámica, se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente).
4. La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Así el individuo se encuentra inmerso en un grupo con una organización social donde hay una jerarquización en la cual hay funciones específicas de acuerdo al género y la edad (Sanz y Molina, 1999). Influyendo también las interacciones paterno-filiales, conyugales y las características de la familia las cuales pueden ser monoparentales y el niño (Sanmartín, 1999). Más recientemente Milner (1993, En: Arruabarrena y De Paul, 1994), formuló un modelo etiológico basado en la teoría del procesamiento de información social. En este modelo, el procesamiento de la información constituye un proceso que se compone de tres fases cognitivas:

- 1) La percepción de la conducta social de los niños por parte de sus padres.
- 2) Las interpretaciones, evaluaciones y expectativas que dan significado a la conducta social de los hijos.
- 3) La integración de la información y selección de la respuesta.

Una cuarta fase de tipo cognitivo-conductual, incluye el proceso de implantación y monitorización de la respuesta. En este modelo se incluyen también las distorsiones y sesgos cognitivos previos asociados con esquemas cognitivos preexistentes. (Arruabarrena y De Paul, 1994).

Para concluir es necesario puntualizar que las desigualdades sociales se reproducen y en ocasiones se fortalecen dentro del hogar. El jefe de familia es el hombre de la casa, varón

adulto que por lo regular desempeña los papeles de padre y esposo. Los subordinados, débiles o vulnerables en el núcleo familiar se definen en función del género, la edad, la aptitud física o mental y la orientación sexual. De las formas de violencia, el género constituye un factor decisivo de la discriminación. (Torres, 2001).

Los factores que llevan a una persona a maltratar físicamente a un niño se clasifican en: sociales, biológicos, cognitivo-afectivos y comportamentales (Milner, 1998; Milner y Crouch, 1998; Milner y Dopke, 1997, En: Sanmartín, 1999).

Factores sociales: entre estos factores se encuentra el ser padre o madre no biológicos, familias monoparentales, padres jóvenes, falta de educación, historia de maltrato infantil ya sea que la haya padecido o la haya observado, además de una falta de apoyo social, hacinamiento, pobreza, des apoyo social, ideologías de propiedad (Sanmartín, 1999).

Factores biológicos: entre estos factores al igual que en la víctima también influyen en el maltratador problemas psicofisiológicos, neuropsicológicos y de salud física en general (Sanmartín, 1999).

Factores cognitivo-afectivos: dentro de este rubro hay muchas características relacionadas con el maltrato como son; falta de autoestima, problemas en el procesamiento de la información como creencias negativas acerca de los hijos, de sus propias capacidades, codificación errónea de la información, expectativas diferentes, menor empatía, angustia, depresión, ansiedad, hostilidad y temor. En general los factores de riesgo afectivos son los que representan sentimientos negativos hacia el infante (Sanmartín, 1999).

Factores comportamentales: las características de éstos son que los padres maltratadores se relacionan menos con sus hijos y cuando llegan a interactuar, surgen problemas entre ellos,

debido a comportamientos negativos, menos demostración de afecto o de premios y juegos, además del uso de alcohol y drogas (Sanmartín, 1999).

Aun cuando el alcohol puede estar presente en algunas personas violentas, no es éste el que desencadena la violencia, ésta ya está presente en el individuo, siendo que el alcohol sólo desinhibe a la persona, de modo que podemos encontrar padres violentos que no tienen problemas con el alcohol y viceversa padres alcohólicos que no son violentos (Torres, 2001).

Con respecto a las drogas investigaciones no concluidas parecen indicar que un individuo con conducta violenta, al ingerir sustancias como la penciclidina (PDP) y la dietalamida del ácido lisérgico (LSD), puede llevarlo a niveles de saña y brutalidad que en otras condiciones no se darían. De modo tal que el uso de alcohol y drogas por parte de las personas violentas desencadena en ellas una violencia más grave, brutal e imprevisible (Torres, 2001).

Factores familiares: en este encontramos características familiares relacionadas con el maltrato infantil las cuales encajan con muchos factores individuales entre estas encontramos aspectos demográficos como tener muchos hijos y la falta de recursos como el desempleo (Sanmartín, 1999).

En síntesis subrayó lo que la OMS manifestó en su Informe Mundial sobre la Violencia y Salud 2003, al proponer que se aborde el análisis de la violencia desde un modelo ecológico ya que ningún factor por sí solo explica el comportamiento violento de los individuos, manifestando que la violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales, señalando que comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia.

“La obra más trascendente del hombre de bien radica en sus hijos”.

Roger Patrón Luján.

CAPÍTULO III

La familia.

Comenzaré este capítulo destacando la importancia de la familia como el lugar dentro del cual todo individuo se desarrolla, siendo considerada como un sistema de tipo abierto, que se encuentra ligado a otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico, este pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden estar dentro de un marco de salud y normalidad o adquirir ciertas características de enfermedad o patología. (Estrada, 1990).

La familia puede verse como la unidad fundamental de la sociedad, esta pequeña organización fue descrita por Estrada (1990) “como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí” (p. 28).

Por lo anterior Estrada señala, tanto adultos como niños buscan dentro de su familia la satisfacción de sus necesidades emocionales.

Hecho que ya había sido señalado por Fromm y Cols. (1986, pp. 11-12) al decir que “El niño requiere mucho afecto y correspondencia por parte de los adultos, por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas”.

De tal forma que los adultos deben satisfacer las necesidades de afecto, factor principal en la creación de la personalidad y sociabilización del niño. De modo que la familia cumple un papel muy importante en el aprendizaje de valores y pautas de conducta, siendo el lugar donde el infante manifiesta sus sentimientos, emociones y las normas aprendidas (Santamaría, Milazzo, Martins y Quintana, 2003).

Dentro de la familia la autoestima tiene una función muy relevante, ya que ayuda a los individuos a construir sus pautas culturales y sociales y en base a eso, nace la actitud que se tendrá hacia los hijos (Aray y *Cols.* 2003).

Talcott Parsons (1980) delimitó las funciones de la familia de la siguiente manera:

“Las familias son necesarias... porque la personalidad humana no “nace” sino debe “hacerse” mediante el proceso de socialización...” (En: Bronfman, 2001; p. 62).

Zetterberg (1981) propone el esquema donde “la dinámica familiar determina de forma directa la recurrencia de muertes infantiles, pero también de forma indirecta, a través del funcionamiento de redes sociales que logra, o no, establecer” (En: Bronfman 2001; p. 117).

Posteriormente Parson (1982) amplía la anterior función agregando que aún cuando la familia es la primer socializadora del menor, la personalidad es moldeada tanto dentro como fuera del grupo familiar (En: Bronfman, 2001).

La Convención de los Derechos del Niño (1989), considera a la familia como:

“El grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos los miembros, y en particular de los niños, deben recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión...”.

Acosta (1998) por otra parte señala que: “La familia, independientemente de su posición política, social o económica, tiene el deber natural y legal de proteger a sus hijos... los padres son los responsables de garantizar la relación escuela-hogar-comunidad; además son los

primeros rehabilitadores de sus hijos en cualquier circunstancia en que ellos se encuentren” (p. 164).

La estructura de la familia, es definida por Minuchin “como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (En: Bronfman, 2001 p. 74).

En síntesis la familia forma una parte integral y fundamental en todo individuo, de forma tal que esta tiene características que hacen que sea un grupo funcional en lo social y emocional pero dentro de este grupo también se pueden presentar características que lo convierten en un grupo disfuncional.

Bronfman (2001), manifiesta que la familia disfuncional se caracteriza por:

- * Subsistemas indiferenciados.
- * Límites indiscriminados o impermeables.
- * Jerarquías confusas.
- * Coaliciones estereotipadas y/o ocultas y/o intergeneracionales.

Torres (2001), agrega que las familias disfuncionales se caracterizan por:

- * Falta de comunicación entre sus integrantes y un consecuente desconocimiento mutuo.
- * Distancia emocional de cada uno respecto a los demás y desinterés por lo que les suceda.

- ❖ Incapacidad para manejar los conflictos e incluso para hablar de ellos. Fingir que no pasa nada y que no hay problemas, mientras el conflicto sigue profundizándose.
- ❖ Escasa o nula convivencia. Dificultades para mostrar afecto y en general para expresar las emociones ante los otros miembros del grupo.
- ❖ Relaciones rígidas y autoritarias. Pocas posibilidades de expresar las necesidades individuales.
- ❖ Incapacidad de adaptación a circunstancias variables y en particular a los cambios que experimente alguno de sus integrantes. Expectativas muy rígidas sobre los demás.

La OMS 2003, de acuerdo al tipo manifiesta que la violencia familiar es la que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar. Este tipo de violencia puede ser dirigido hacia los niños, la pareja o los ancianos.

Definición de violencia familiar.

El término violencia familiar dice Corsi (1994), alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones de todos los miembros de una familia, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia, recalando que para que se dé una situación de violencia familiar, el abuso debe ser crónico, permanente o periódico. Para él la violencia familiar se trata de un comportamiento

aprendido que se transmite de una generación a otra a través de la familia, el juego, el deporte, las instituciones educativas y los medios de comunicación, así desde muy temprano los niños aprenden que la violencia es una forma eficaz para “resolver” conflictos interpersonales, especialmente si dentro del hogar se tiene el ejemplo (ya sea como víctimas o como testigos). De modo tal que la violencia se transforma lentamente en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales.

Propone que es necesario comprender la violencia como un problema social lo que implica cuestionar la creencia de que lo que sucede dentro del ámbito de una familia es una cuestión absolutamente privada. Esta afirmación deja de tener validez si consideramos que cualquier acto de violencia de una persona contra otra constituye un crimen, independientemente de que ocurra en la calle o dentro de las cuatro paredes de una casa. Además considera que hay otras razones para dejar de considerarlo como un “problema privado”:

1. Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo que se traduce en un incremento en los problemas de salud.
2. También se registra una marcada disminución en el rendimiento laboral.
3. Los niños y adolescentes que son víctimas o testigos de la violencia intrafamiliar, frecuentemente presentan trastornos de conducta escolar y dificultades en el aprendizaje.
4. Los niños que aprenden en su hogar modelos de relación violentos, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones, perpetuando así el problema.
5. Un alto porcentaje de menores con conductas delictivas proviene de hogares donde han sido víctimas o testigos de violencia crónica.

6. Un alto porcentaje de los asesinatos y lesiones graves ocurridos entre miembros de una familia son el desenlace de situaciones crónicas de violencia doméstica.

Cuántas veces no hemos escuchado la frase *“Yo no quería hacerle daño, sólo quería que me obedeciera”*. En esta frase podemos apreciar que la fuerza es utilizada para someter, doblegar, subordinar a una persona ya sea esta un menor de edad o un adulto.

La violencia es un problema epidemiológico que daña la salud y la educación, con respecto a la salud por los índices de muerte que ocasiona, las hospitalizaciones, la incapacidad física, en cuanto a la educación; el abandono escolar en periodos muy tempranos del desarrollo. Además crea relaciones interpersonales desfavorables para la convivencia y estabilidad familiar (Acosta, 1998).

Santamaría y *Cols.* 2003, con respecto a los métodos de crianza que emplean los padres para corregir a sus hijos, señalan que “estos difícilmente piensan en la educación de los hijos sin recurrir a ciertos tipos de castigo ya que no los relacionan al maltrato.” Un padre que castiga a un niño con un golpe no percibe claramente que está haciendo algo mal, se justifica ya sea por que él aprendió así o por que socialmente es una forma de crianza, también justifican su acción debido a la conducta que presenta el niño. Muchos padres perciben como justos los castigos considerando y manifestando que han golpeado a sus hijos en muchas menos ocasiones de lo que realmente lo hacen.

Factores de riesgo asociados con el individuo maltratado.

Hay ciertas características de la interacción familiar que la convierten en un entorno posible para la violencia. A partir de investigaciones sociales realizadas por Gelles y Straus (1988),

(En: Corsi, 1994), han identificado factores que pueden incrementar el riesgo potencial dentro de una familia:

1. La duración de periodo de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
2. La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
3. La intensidad de los vínculos interpersonales.
4. Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.
5. El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.
6. Las diferencias y los roles atribuidos en función de la edad y sexo.
7. El carácter privado del medio familiar.
8. La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
9. El estrés atribuible al ciclo vital y los cambios socioeconómicos.
10. El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

El poder¹ y el género aluden a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura del poder tiende a ser vertical, según criterios de género y edad. Así, el concepto de “jefe de familia”, que a menudo está jurídicamente definido, se corresponde a la categoría “varón adulto”. Verticalidad, disciplina, obediencia, jerarquía, respeto, castigo son electos

¹ Poder es la capacidad de de afectar a otras personas; influencia es el uso de esa capacidad; control es la forma exitosa del uso del poder.

indispensables para la organización de instituciones militares, cuando estos fundamentos sirven de base para regular las relaciones intrafamiliares, encontramos algunas de las siguientes “leyes”, implícitas pero sancionables:

- “Los hijos deben respeto a los mayores”.
- “La mujer debe seguir al marido”.
- “Los hijos deben obedecer los padres”.
- “El padre debe mantener el hogar”.
- “El padre es el que impone la ley”.
- “Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas”.

Bronfman 2001 dice, los niños llegan al mundo bajo condiciones sociales, grupales y afectivas específicas, condiciones que determinan la probabilidad de sobrevivir de los menores, subrayando; “la existencia de una red sólida o el mal funcionamiento de la red, su débil estructuración o su escasa accesibilidad juegan un papel probabilístico en la producción de desenlaces positivos o negativos” (p.142).

Con respecto a las muertes infantiles, Bronfman señala que las redes familiares se caracterizan por:

1. Debilidad o ruptura de redes de parentesco por la unión de la pareja (cuando no hay apoyo de los padres).
2. Ruptura de la red familiar de la mujer y permanece la del hombre.
3. Comportamientos que la familia de origen juzga como inadecuados para la convivencia familiar.
4. Familias que otorgan ayuda pero sin reciprocidad.

5. Dinámica familiar conflictiva.
6. Inestabilidad laboral.
7. Falta de cohesión e identificación en el barrio o la colonia.
8. Discontinuidad en las relaciones familiares, extrafamiliares y también con las instancias formales.
9. Lugar de residencia.

“Los niños comienzan por amar a los padres. Cuando ya han crecido, los juzgan, y algunas veces, hasta los perdonan”.

Oscar Wilde.

CAPÍTULO IV

Antecedentes.

El maltrato infantil ya se apreciaba en la antigua Roma, donde los niños y los esclavos eran propiedad de los padres, sin que esto fuera considerado un acto injusto, hecho que fue expresado por Aristóteles (En: Sanmartín, 1999 p. introducción) como “Nada de lo que se haga con lo propio es injusto”.

Este pensamiento aun lo encontramos presente en este siglo XXI. Tan solo hay que analizar cómo el maltrato físico se ha utilizado a lo largo de la historia en todo el mundo, como una forma de disciplina y crianza.

El primer estudio que sobre la violencia de la que eran objeto los niños y niñas fue el realizado por Ambroise Tardieu (En: Sanz y Molina, 1999), decano de la Escuela de Medicina Forense en Francia, el cual se publicó en 1860 en el que se describe el trato cruel y brutal hacia los niños. Ha sido considerado el primer estudio sobre el tema en Europa.

En Estados Unidos en 1875 se organizó en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, (National Society for the Prevention of Cruelty to Children; NSPCC) esto tras el caso de Mary Ellen, una niña de 9 años terriblemente maltratada por los padres, a la que fue posible ayudar sólo al argumentar que formaba parte del reino animal ante la Sociedad para la Prevención de la Crueldad en Animales (Fontana, 2003).

Posteriormente Jonh Caffey (1946) fue el primer radiólogo en informar en el American Journal of Roentgenology, la frecuencia de hematoma subdural en infantes que también mostraban fracturas de huesos largos, combinación de heridas que no era posible que resultaran de un accidente (En: Fontana, 2003).

Este fenómeno fue abordado como tal en la década de los 60s cuando Kempe y Colaboradores definieron el Síndrome del Niño Golpeado a través de varios casos en

que los niños presentaban lesiones que no podían haberse hecho ellos mismos, las cuales estaban en proceso de recuperación; como fracturas de fémur (En: Fontana, 2003).

Por lo anterior y teniendo presente la necesidad de proporcionar al niño una protección especial fue enunciada en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de Noviembre de 1959¹, que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (Convención de los Derechos del Niño, 1989).

Esta cumbre mundial a favor de la infancia además de elevar el problema de la niñez a una connotación más universal creó un instrumento jurídico que consta de 54 artículos en su plan de acción que estipula la obligatoriedad de los adultos a proteger a los niños y su desarrollo.

Con respecto a la muerte de los niños y niñas como consecuencia del maltrato, fue en la década de los 70s cuando se empezaron a realizar investigaciones sobre este tema. Uno de ellos fue el realizado por la NSPCC, sobre las consecuencias del maltrato en la población norteamericana, donde aún cuando las muertes por maltrato son raras en los archivos de la Sociedad, que cubren un 10% del territorio Norteamericano; se han registrado tasas de mortalidad que fluctúan entre el 3% y el 9% anual desde 1974 (En: Stevenson, 1992).

En nuestro país en esa misma década, Marcovich (1978) realizó una investigación en México Distrito Federal acerca del maltrato infantil que puede llevar a la muerte, recopilando notas periodísticas en un periodo aproximado de 14 años, de 686 casos de

¹ Ratificada por la Asamblea General en su resolución 44/25, el 20 de Noviembre de 1989, entrada en vigor el 2 de Septiembre de 1990, de conformidad en el Artículo 49.

niños maltratados; el 18.2% de todos los niños presentaban trastornos serios de inanición y desnutrición, causados por el abandono y el castigo, consistente en encerrar al menor sin alimento por tiempo prolongado.

De los casos estudiados por Marcovich el 52% falleció a causa de las lesiones sufridas.

La edad predominante de estos niños fue:

- De 0 a 3 años 40.37%
- De 4 a 6 años 23.3%
- De 7 a 12 años 19.9%
- De 13 años y más 9.5%
- Edad no especificada 7%

La investigación destacó entre las causas de muerte:

- Ahorcamiento 42.2%
- Heridas por objetos punzocortantes 19.3%
- Heridas por bala 5.4%
- Misceláneas² 33.1%

Las razones por las que estos niños fueron violentados hasta la muerte fueron:

- Pedir comida 22.6%
- Imposibilidad de manutención por parte de los padres 21.2%
- No llevar dinero a la casa 20.7%
- Llorar 8.7%
- Desobedecer 7.5%
- Hacer travesuras 6.4%

² Dentro de esta categoría se encuentra la asfixia por bolsas de plástico, colgadura de las manos, por interposiciones en las riñas o discusiones de los padres, encierro en el congelador, encierros en un veliz, arrojamiento a los animales (perros, ratas y cerdos), canibalismo, mordidas, martillazos, lapidación e intoxicación con barbitúricos.

- No controlar esfínteres 5.2%
- Otros 3.2%
- No especificados 4.5%

Otra de las investigaciones realizadas fue hecha por la Escuela de Salud Pública de México en 1994, basada en los datos de mortalidad infantil reportados por la Dirección de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud, entre 1979 y 1990 donde se analizó el panorama de las muertes por homicidio en niños con dos variables: sexo y edad (en rango de 0 a 4 años). Revelando que en México durante la década de los 80s hubo un total de 2939 muertes por homicidio.

Dentro de los resultados destacó que en promedio un niño menor de 5 años muere cada dos días en México, enfatizando que esto ha ido en aumento, mientras en 1979 era de .5 por día para 1990 fue de 1. Dentro del mismo estudio señala que en México un promedio anual de 4533 niños entre 0 y 4 años fallecieron por causas accidentales y violentas (Hijar, Tapia y Rascón, 1994).

Acosta (1998), señala que los accidentes y las lesiones traumáticas en el niño son reconocidos entre las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países industrializados y en algunos en vías de desarrollo, subrayando que en los primeros años de vida, los traumas accidentales son difíciles de diferenciar de los no accidentales o intencionales; que el estado de gravedad o las secuelas del paciente dependen de la intensidad de la agresión, el objeto y tiempo empleado en el maltrato, además de la edad del menor.

Sanmartín (1999), agrega en cuanto a la víctima que el riesgo de muerte o lesiones es influido por el sexo, ya que en el desarrollo temprano la violencia es ejercida sin distinción de sexo pero conforme se desarrollan los menores sufren diferentes tipos de

abuso, los niños mueren más por homicidio, mientras que las niñas sufren de abuso sexual.

Al respecto de las muertes como consecuencia de la violencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003 hace una estimación de muerte en niños de 0 a 14 años de 7.9 por 100 000 habitantes y de 6.8 por 100 000 habitantes en niñas, muertes que varían en función del nivel de ingreso de cada país.

A su vez el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF³), en 2003 reveló que aproximadamente 3500 niños mueren cada año en los países industrializados a causa del maltrato físico, que Estados Unidos, México y Portugal son los países donde los índices de mortalidad por maltrato son mas altos, al registrar entre 10 y 15 veces más casos que el promedio. La investigación se realizó con 27 naciones de la Organización para la Cooperación el Desarrollo Económico (OCDE), señalando que el 80% de los casos son sus padres los que abusan de ellos.

La UNICEF (2007), reporta que las 3500 muertes de niños (menores de 15 años) de los países que integran la OCDE son producto del maltrato, abuso físico y desatención y si a estas se le agregan las muertes por accidentes de tráfico, las muertes por ahogamiento, las caídas, los incendios y las intoxicaciones aumentan este total a más de 20, 000 muertes cada año.

La OMS (2007) destaca que las lesiones y la violencia representan una importante amenaza para la salud, al ser las causas de más de cinco millones de muertes cada año y representan 9% de la mortalidad en el mundo, las causas de muerte relacionadas con la violencia son: las lesiones causadas por el tránsito, las lesiones autoinfligidas, la

³ UNICEF, creada en 1946 tras la segunda guerra mundial con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los niños de todo el mundo, protegiéndolos de los maltratos físicos y la explotación, encargada también de que todos los países que integran la ONU lleven a cabo las normas impuestas para los infantes.

violencia interpersonal, los ahogamientos, los incendios, las lesiones de guerra, los envenenamientos y las caídas.

“Si un día tienes que elegir entre el mundo y el amor... recuerda: si eliges el mundo quedarás sin amor, pero si eliges el amor, con él conquistarás el mundo”.

Albert Einstein.

MÉTODO

Planteamiento del problema:

Cuántos niños y niñas mueren anualmente en el Distrito Federal a manos de quienes son los responsables de su cuidado por causa de la “Violencia Familiar” en su máxima expresión.

Los padres en una falsa idea de la forma de crianza suponen que unos golpes no causan mayor daño, aunque “una agresión es siempre una violencia, pero toda forma de violencia no implica una voluntad de agredir” (Van Rillaer, 1978 p. 18). Pero los golpes son progresivos y unos llevan a otros, de modo que la muerte se produce por una serie de lesiones, las que en la mayoría de los casos no son denunciadas antes o ratificadas ante el Ministerio Público (Magally, 2003).

La violencia es algo que no debe tomarse a la ligera, haciendo hincapié en la denuncia del maltrato infantil en todos sus tipos como medida de prevención.

Objetivo General.

Conocer la evolución que ha tenido la muerte de niños de 0 a 12 años, por causas no naturales, durante los años 2000-2005 en la capital mexicana, así como las causas y circunstancias que la originaron.

Objetivos específicos.

- Identificar las causas más frecuentes de muerte infantil.
- Identificar la muerte infantil por género.
- Identificar la frecuencia por edades.
- Identificar las características del agresor y su relación con la víctima.

Hipótesis de trabajo:

El número de niños muertos entre 0 y 12 años por violencia es mayor que los causados por accidentes.

Fuente de Información.

Registros de los años 2000, 2001, 2003, 2004¹ y expedientes del año 2005, del Servicio Médico Forense (SEMEFO), del Distrito Federal.

Muestra.

Constó de 1471 registros y 183 expedientes del SEMEFO, dando un total de 1654 casos de niños y niñas que fallecieron entre la edad de 0 y 12 años durante los años 2000-2005, del total de los casos 973 pertenecieron al sexo masculino y los 681 restantes al sexo femenino.

De manera particular se revisaron los expedientes de los 183 casos registrados durante el 1 de Enero al 25 de Octubre del 2005², la edad de los menores para su mejor manejo se clasificó por rangos, siendo éstos los siguientes:

- ⊗ 0 años incluyendo fetos a 3 años cumplidos.
- ⊗ 3 años un mes a 6 años cumplidos.
- ⊗ 6 años un mes a 9 años cumplidos.
- ⊗ 9 años un mes a 12 años cumplidos.

¹ Por razones ajenas al estudio no se pudo obtener información de las muertes registradas durante el 2002.

² Solo los expedientes de esos meses fueron los proporcionados por el SEMEFO.

Variables.

Registros y expedientes de niños y niñas de entre 0 y 12 años.

Muertos por causas no naturales durante los años 2000-2005.

Que hayan ingresado al SEMEFO para practicárseles la necropsia de ley.

Categorías de Análisis:

- Edad.
- Sexo.
- Causa de muerte.
- Lugar de la muerte.
- Primer persona en enterarse del deceso.
- Estado civil, edad, escolaridad y ocupación de ambos padres.
- Valoración que los padres hacen del evento.

Instrumentos.

Se elaboró una ficha para recopilar información de manera sistemática, de los 183 expedientes a los que se tuvo acceso del año 2005. (Véase, Apéndice A).

Procedimiento.

Primera etapa:

Dentro del SEMEFO, se cuenta con un catálogo de 99 causas de muerte, mismas que se presentan tanto en adultos como en infantes, como se puede ver en el apéndice B, en donde se puede apreciar también que a cada número le corresponde una causa de muerte.

Debido a que el catálogo es muy amplio, se sintetizó en uno nuevo con la finalidad de un mejor manejo de los datos véase los apéndices C y D, este nuevo catálogo quedo integrado por 13 causas organizadas por orden alfabético.

Segunda etapa:

La información obtenida de los registros y expedientes se organizo de acuerdo al nuevo catálogo.

Con la ficha elaborada se sintetizó la información capturada de los 183 casos del 2005, específicamente las características y circunstancias en las que los niños y niñas murieron.

Tercera etapa:

Los resultados de la investigación están organizados en dos rubros: el primero muestra los datos generales de los años investigados y el segundo muestra los resultados específicos del 2005, la clasificación mostrada en estos últimos resultados esta basada en lo arrojado por la misma.

Técnicas Estadísticas.

- Frecuencia.

“Una sonrisa no cuesta nada y, en cambio, da mucho. Démosle a ellos una de las nuestras; por que no hay nadie que más las necesite que aquellos que ya no tienen sonrisas que ofrecer”.

Anónimo.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del análisis de 1654 expedientes del Servicio Médico Forense (SEMEFO). La información capturada es relativa a la muerte de niños y niñas entre 0 y 12 años, durante los años 2000 al 2005. Cabe mencionar que los datos obtenidos del 2005, fueron del 1 de Enero al 26 de Octubre.

La distribución por año de los 1654 casos se puede ver a continuación:

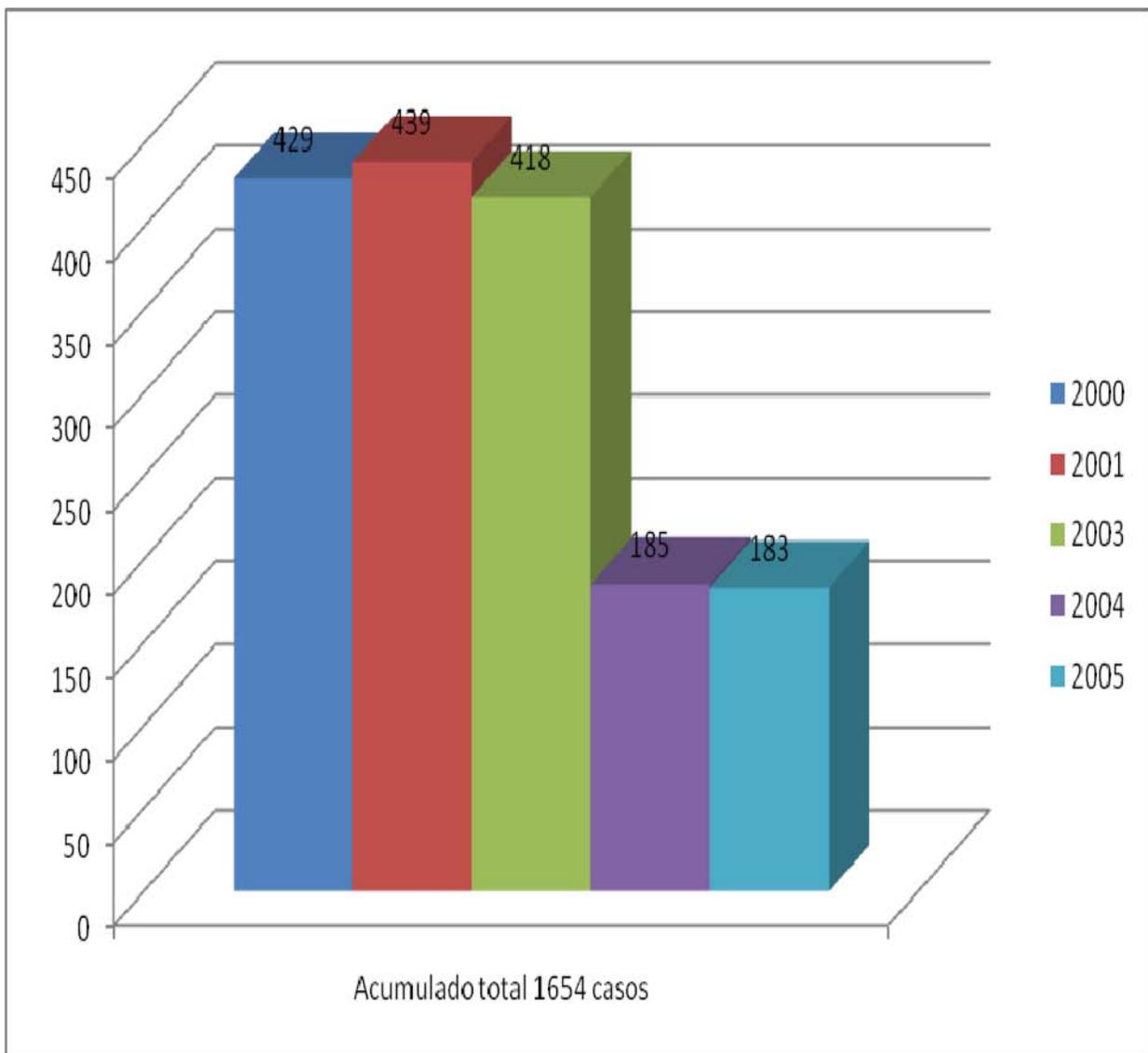


Figura 1. Acumulado anual de niños y niñas muertos entre 0 y 12 años

Se puede observar que durante los tres primeros años el número de muertes registradas es constante, mientras los últimos dos años las muertes disminuyeron en un 50%.

La figura 2 muestra las causas que ocasionaron la muerte de niños y niñas. Las 99 causas que el SEMEFO tiene registradas, fueron recategorizadas para su mejor análisis como lo muestra el apéndice C.

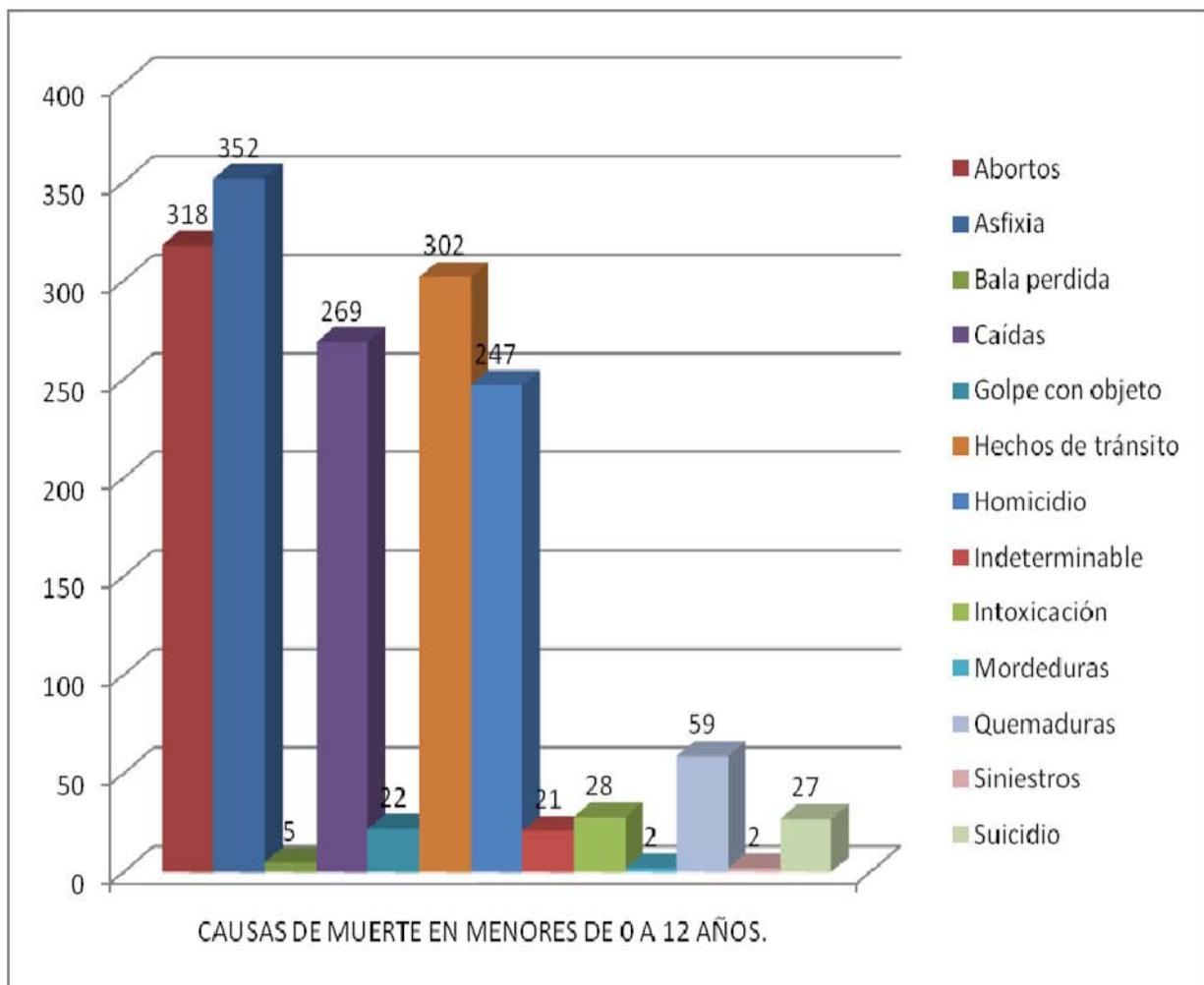


Figura 2. Causas de muerte infantil¹

Es importante destacar, que el 89.96% de la población estudiada estuvo comprendida entre las cinco causas más frecuentes. La quinta categoría más frecuente es el **“Homicidio”**, la cual

¹ Las causas de muerte están organizadas alfabéticamente y basadas en los apéndices C y D.

registra 247 casos e integra diversas categorías del SEMEFO tales como: caídas, bala perdida, niño maltratado, mala práctica médica, etc.

Dentro de las causas menos frecuentes se encuentra el suicidio representando el 1.63% de la población. Sin embargo, aun cuando aparece como un indicador bajo es digno de tomarse en cuenta, si recordamos que la población de la que se está hablando es menor de 12 años.

En la tabla 1 se puede apreciar, la distribución por año de las causas que provocaron la muerte de niños menores de 12 años.

Tabla 1. Datos sintetizados anualmente por causa de muerte para ambos sexos

CAUSAS DE MUERTE EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 12 AÑOS												
RECATGORIA DE LAS CAUSAS DE MUERTE*	2000**		2001**		2003**		2004**		2005**		TOTALES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Abortos</i>	100	6.04	103	6.22	109	6.59	1	.06	5	.06	318	19.22
<i>Asfixia</i>	70	4.23	114	6.89	77	4.65	35	2.11	56	3.44	352	21.28
<i>Bala perdida</i>	1	.06	1	.06	3	.18					5	.30
<i>Caídas</i>	73	4.41	54	3.26	61	3.68	42	2.53	39	2.35	269	16.26
<i>Golpe con objeto</i>	5	.30	5	.30	5	.30	3	.18	4	.24	22	1.33
<i>Hechos de tránsito</i>	69	4.17	72	4.35	72	4.35	53	3.20	36	2.17	302	18.25
<i>Homicidio</i>	86	5.19	50	3.02	59	3.56	25	1.51	27	1.63	247	14.93
<i>Indeterminable</i>	4	.24	6	.36	7	.42	4	.24			21	1.26
<i>Intoxicación</i>	4	.24	13	.78	9	.54	1	.06	1	.06	28	1.69
<i>Mordeduras</i>	1	.06							1	.06	2	.12
<i>Quemaduras</i>	14	.84	15	.90	7	.42	18	1.08	5	.30	59	3.56
<i>Siniestros</i>			1	.06	1	.06					2	.12
<i>Suicidio</i>	2	.12	5	.30	8	.48	3	.18	9	.54	27	1.63
TOTALES	429	25.93	439	26.54	418	25.27	185	11.18	183	11.06	1654	99.95

* Causas basadas en los apéndices C y D.

** Datos obtenidos de los expedientes del SEMEFO por sexo.

Nota: los porcentajes están basados en la población total del estudio.

Podemos observar que las celdillas sombreadas en cada uno de los años estudiados, destacan los mayores puntajes. Se identifica que prioritariamente la asfixia y el aborto son las principales causas de muerte en los niños menores de 12 años. Del año 2000 al 2003 el aborto es un índice constante que ocupa los dos primeros lugares, sin embargo a partir del 2004 disminuye significativamente, generando con ello un descenso importante en el total de muertes.

Los homicidios en el 2000, los hechos de tránsito en el 2003, 2004 y las caídas en el 2005, alcanzan también porcentajes importantes. Respecto a los suicidios, excepto lo acontecido en el 2004, tienden a incrementarse. Las muertes por bala perdida, mordeduras y siniestros, registran los porcentajes más bajos, incluso son categorías que no aparecen durante todos los años estudiados.

Acerca del sexo de la víctima, la figura 3 muestra que los hombres mueren más (58.82%) que las mujeres (41.17%), hecho que se mantuvo constante durante el estudio.

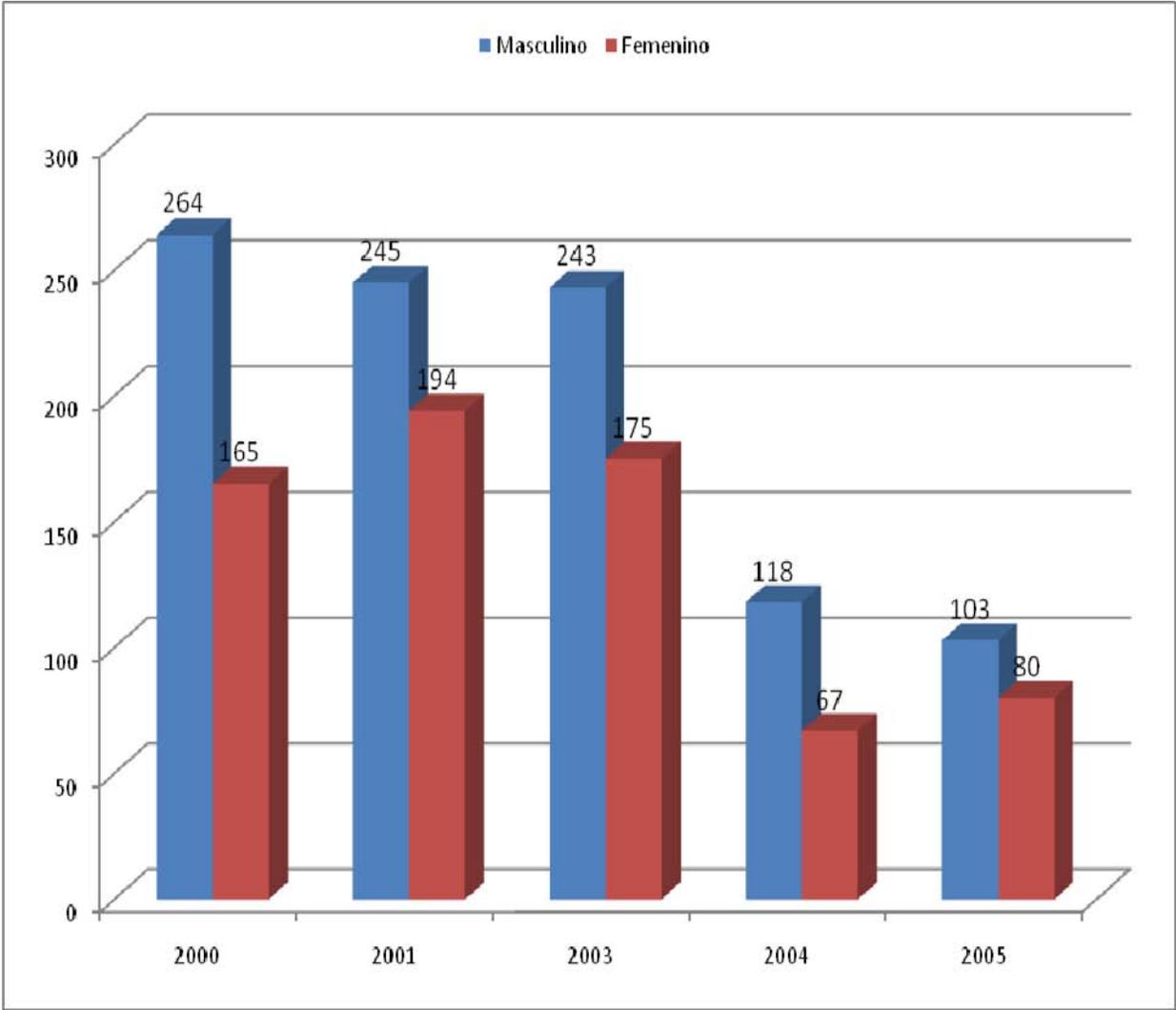


Figura 3. Acumulado anual por sexo

Se observa que aun cuando la frecuencia de muertes disminuyó en los dos últimos años, se conserva la proporción mayor de niños que niñas. Por otra parte, el número de niños muertos siempre fue a la baja, mientras que el número de las niñas, es variable, por ejemplo el mayor número de niñas se registra en el 2001 y el menor en el 2004.

La figura 4 muestra las causas más frecuentes que provocan la muerte en niños, se presenta dividida por sexo, para lograr una información más detallada.

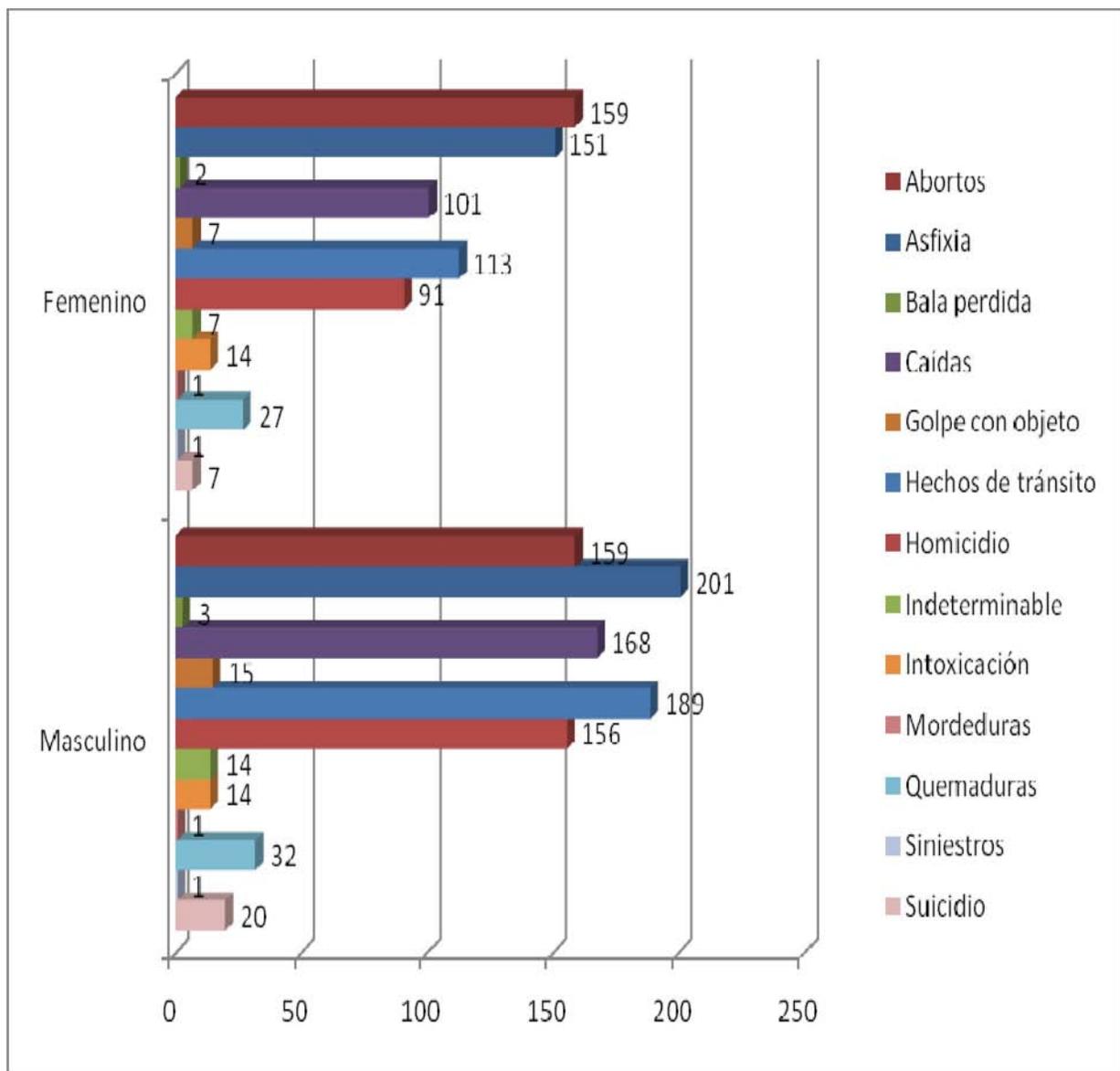


Figura 4. Causas de muerte del 2000-2005 por sexo

La distribución de las causas en ésta gráfica es similar entre niños y niñas, considerando la debida proporcionalidad, donde hay mayor número de niños que de niñas. Solo la categoría denominada “intoxicación” no conserva dicha proporcionalidad, ya que el puntaje es idéntico. Otro aspecto distintivo es que se aborta más niñas que niños.

En cuanto al lugar de la muerte, cabe mencionar que en el campo de la criminalística hay dos formas para clasificar el espacio donde muere la persona, uno es el lugar de los hechos y el otro el lugar del hallazgo. El primero se refiere al lugar donde ocurre la muerte y el segundo al lugar donde se encuentra el cadáver, el cual no siempre es el mismo. En los registros esta información no es elocuente, por tal razón se describirá el dato referido en el expediente como el “lugar de la muerte”. Considerando lo mencionado anteriormente, los resultados reflejan que el 42.32% de los niños y niñas mueren predominantemente en su hogar, como se puede ver en la figura 5.

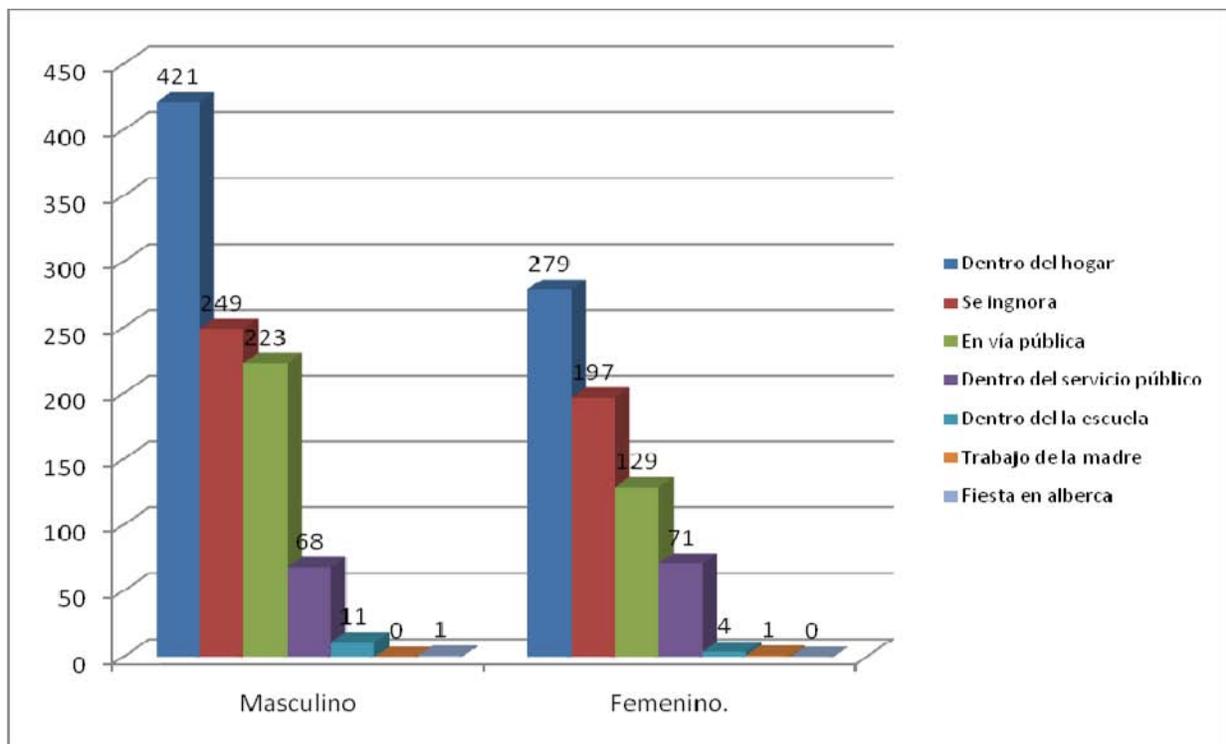


Figura 5. Lugar de la muerte por sexo del 2000-2005

La configuración de la figura 5 que representa a los niños, es muy similar a la de las niñas, señalando que hay un número mayor de niñas muertas en el “servicio público” y más niños que mueren en la “escuela”.

Del año 2005 fue posible obtener información específica, de tal manera que podemos abundar en las causas. Durante este año se registraron 183 muertes de niñas y niños entre los 0 y 12 años. En las figuras 6 a la 13 podremos observar la relación que existe entre edad (distribuidos en rangos: de 0-3 años, 3-6 años, 6-9 años y de 9-12 años), sexo y las causas de muerte identificadas.

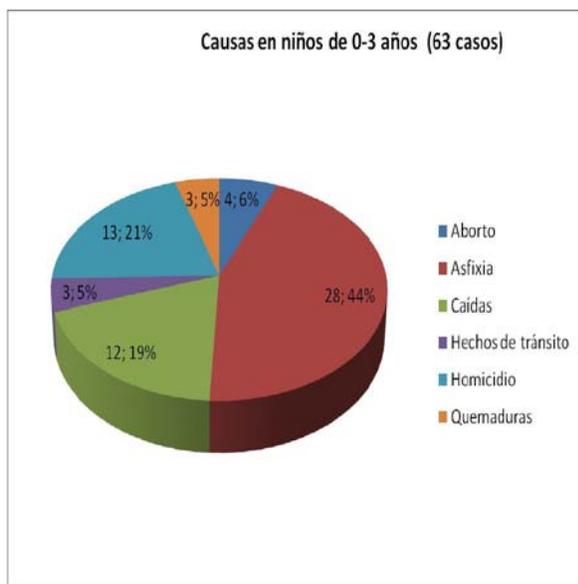


Figura 6

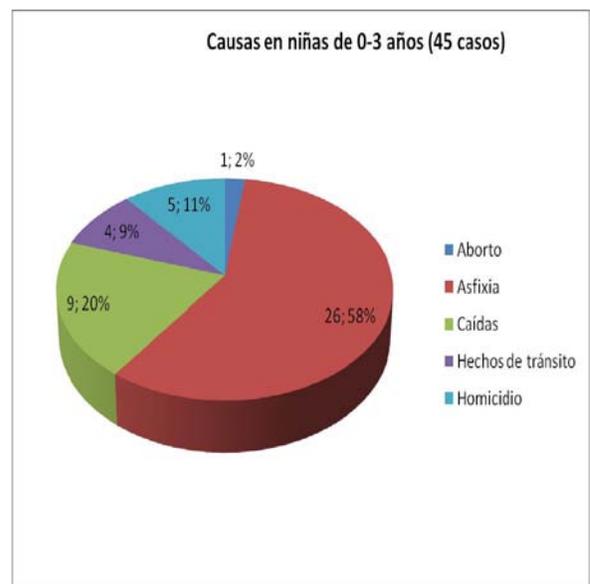


Figura 7

Encontramos en las figuras 6 y 7 que el 59% de los casos registrados son niños menores de 3 años. Tanto niños como niñas mueren más por asfixia, causa que representa el 58% de la población en niñas y un 44% en niños. En cambio son más los niños que mueren por homicidio, siendo está la tercera causa de muerte. Para el SEMEFO una de las causas dentro de esta categoría se denomina “maltrato”.

Las quemaduras son una causa que únicamente se presentó en los niños, habiendo otras que no se registran dentro de este rango, tal es el caso de: bala perdida, golpe con objeto, indeterminable, intoxicación, mordeduras, siniestros y suicidios.

En las figuras 8 y 9 se muestra el registro de niños muertos entre los 3 y 6 años ubicando el 17.4% de la población total del 2005.

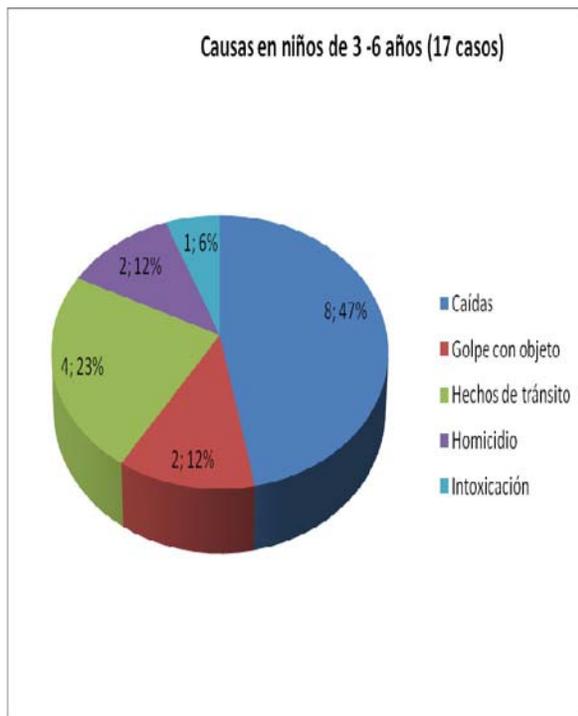


Figura 8

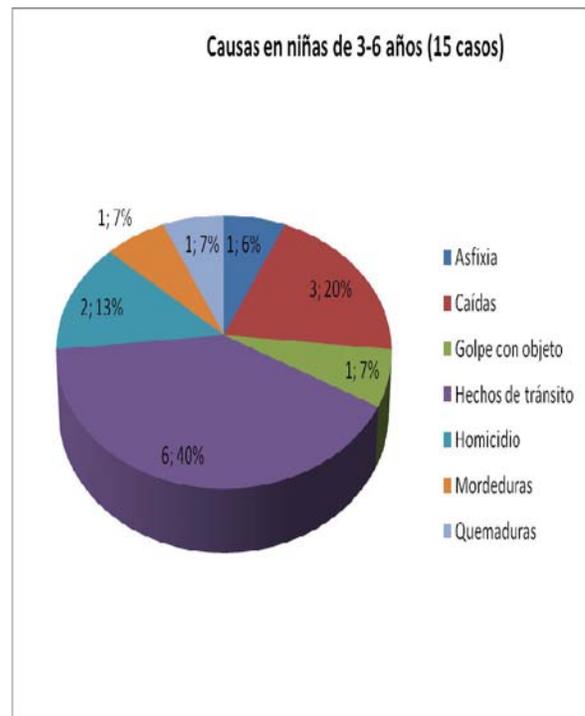


Figura 9

En las figuras 8 y 9, podemos observar que hay causas exclusivas de las niñas, como son las mordeduras, quemaduras, persistiendo la “asfixia”. Mientras que la intoxicación es una causa únicamente de los niños.

Dentro de este rango las muertes por homicidio disminuyeron en más del 50%, mientras que las muertes por hechos de tránsito, cuadruplicaron su frecuencia tanto en niños como niñas y las caídas duplicaron su frecuencia en comparación con los niños menores de tres años.

El rango entre los 6 y 9 años, es donde se registra el menor número de muertes en ambos sexos, siendo el 6.5% de la población (véase figuras 10 y 11).

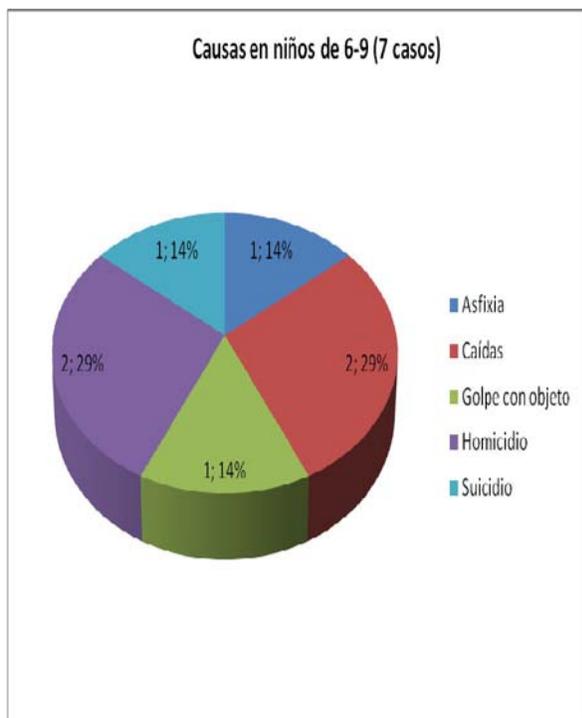


Figura 10

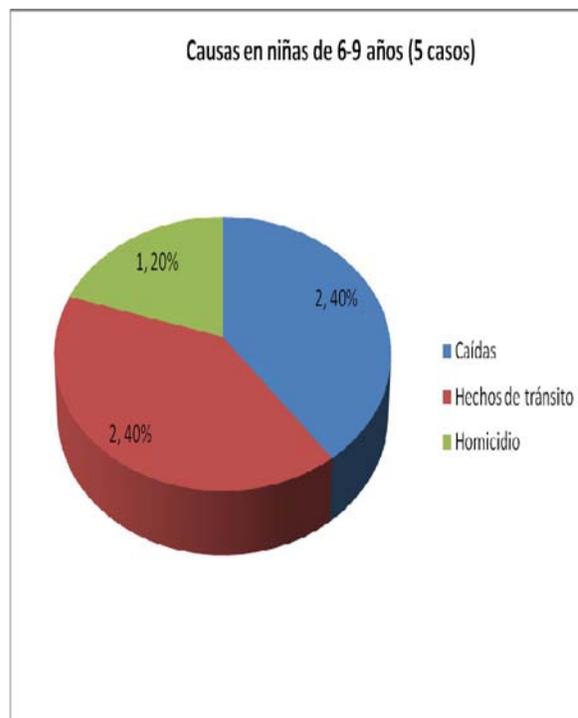


Figura 11

En ambos sexos, las caídas, los hechos de tránsito y los homicidios son las causas más frecuentes de muerte. Vale la pena destacar que el suicidio aparece dentro de este rango de edad por primera vez, de manera particular en niños de 8 años.

En este rango de edad la asfixia es una causa que se va alternando en niños y niñas pero sigue presentándose. Se puede observar una mayor diversificación en las causas de muerte en niños que en niñas.

Con relación a la asfixia, cabe hacer la aclaración que ésta categoría es sobreutilizada ya que mediante ella se describen distintas causas de muerte. Lo mismo se utiliza para describir al que se

suicida, como al que muere en manos de otro por estrangulamiento. Es decir la categoría sólo describe el mecanismo de acción que lleva a la muerte de un niño².

Entre los nueve y los doce años se registró un aumento en la frecuencia de muertes respecto al rango anterior, aumentando a un 16.9% véase figuras 12 y 13.

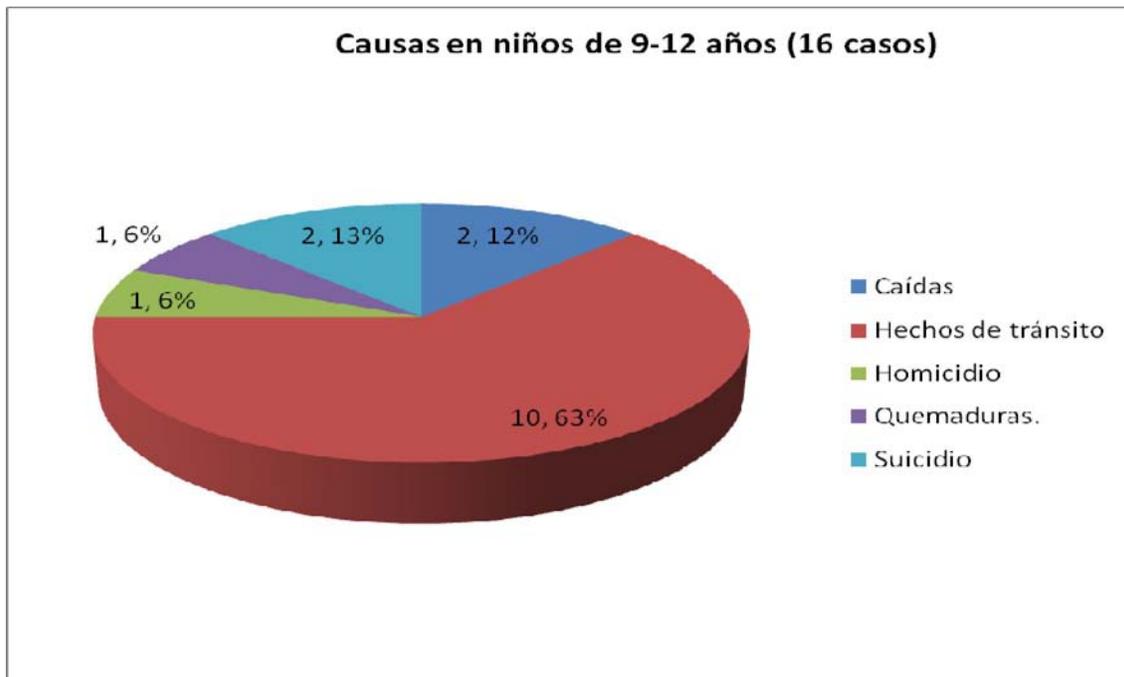


Figura 12

² La asfixia se clasifica según su mecanismo de acción de la siguiente manera:

- a) Sofocación: originado por una obstrucción de las vías aéreas, las formas más frecuentes son:
 - Obstrucción de orificios respiratorios.
 - Introducción de cuerpos extraños.
 - Compresión torácico-abdominal.
 - Enterramiento.
 - Aire confinado y aspiración de gases.
- b) Estrangulación: un acto de violencia que consiste en una constricción ejercida directamente para evitar el paso del aire.
- c) Ahorcadura: un acto de violencia en el cual se amarra por el cuello y se abandona el cuerpo hacia el piso por el propio peso del individuo, el cual al otro extremo está amarrado a un punto fijo.
- d) Sumersión: es la entrada de líquido a los pulmones a través de orificios nasales y la boca hasta producir la asfixia. (Osorio Y Nieto, 1997)



Figura 13

Dentro de este rango, la mayor frecuencia la registran los hechos de tránsito, en ambos sexos. La segunda causa de muerte es el suicidio, apreciándose en la figura 13 que las niñas mueren más del doble que los niños por ésta causa.

En la figura 14 se puede apreciar el registro que vincula edad, sexo y lugar de la muerte.

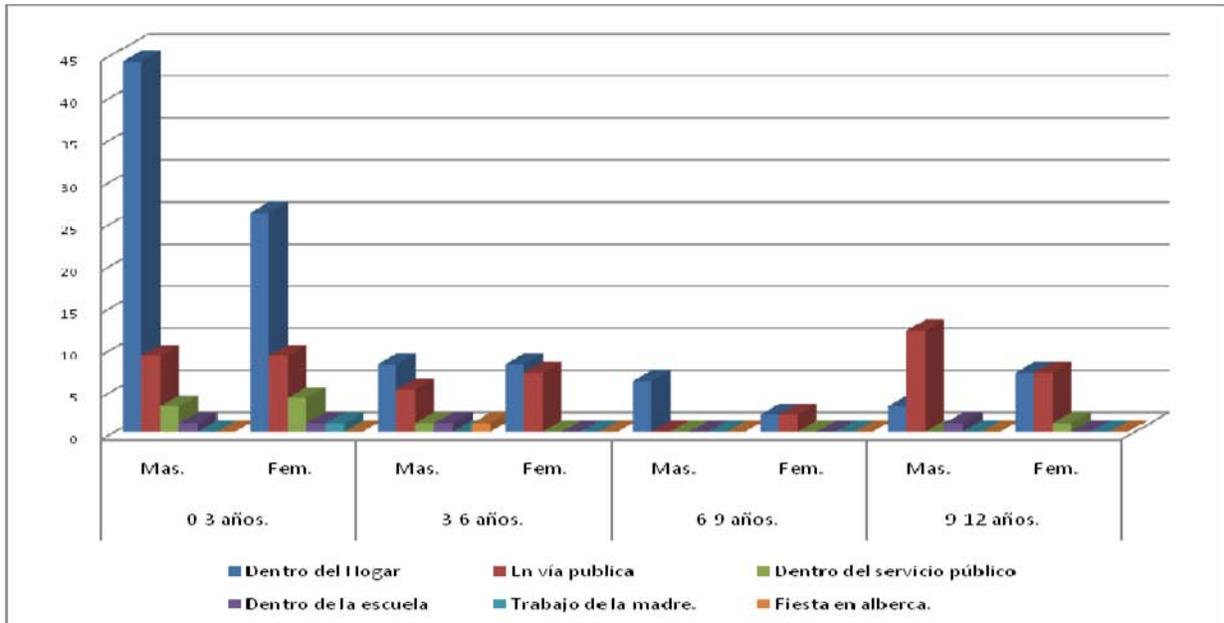


Figura 14. Lugar de la muerte con relación a la edad y el sexo del menor durante el 2005

La figura 14 muestra que el mayor número de muertes dentro del hogar se presenta en niños/as menores de tres años, recordando que es dentro de este rango donde se registra la más alta frecuencia en muertes, disminuyendo en ambos sexos después de esta edad. Incluso podemos observar que en los niños el lugar de la muerte es primordialmente el hogar hasta los nueve años, siendo que después de esta edad el lugar más frecuente es la vía pública en un 75%. Con respecto a las niñas, después de los tres años las muertes en la vía pública aumentan el doble, hasta el punto que después de los nueve años, tanto el hogar como la vía pública tienen el 46.66%.

Acerca de la primera persona que se entera del deceso del menor o bien, que éste no se encontraba bien, el 80.87% corresponde a un miembro de la familia, la Figura 15 muestra los resultados.

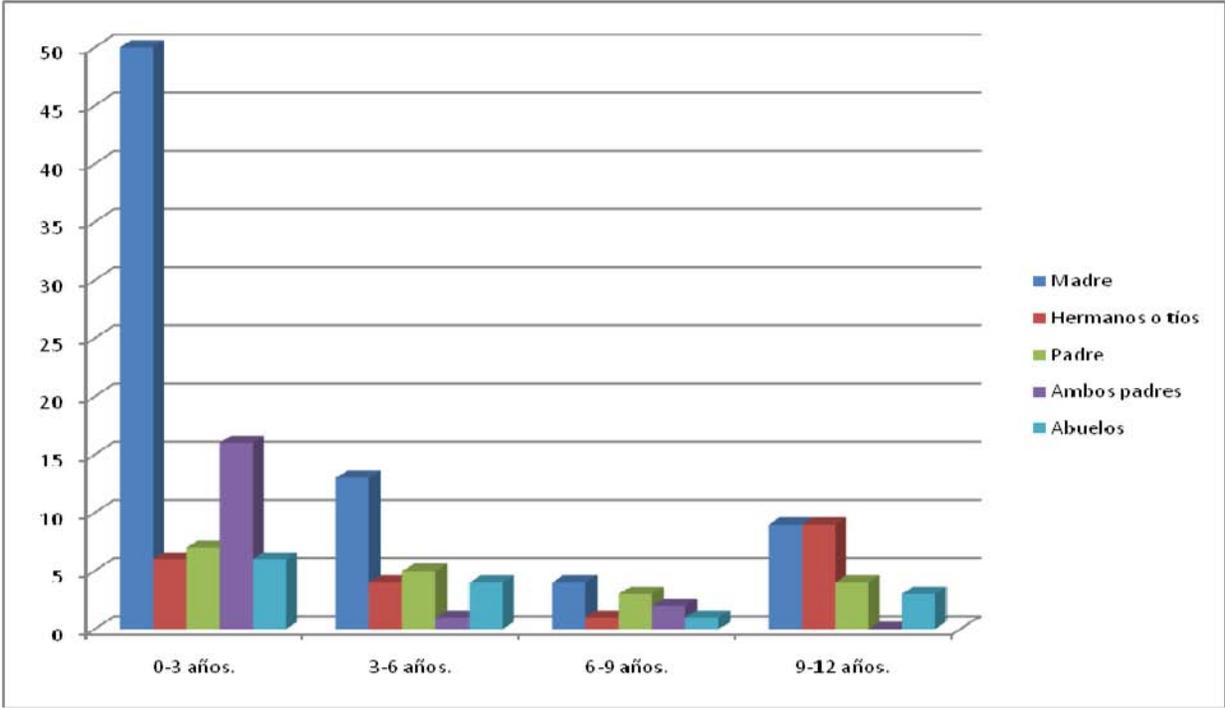


Figura 15. Primera persona en enterarse del deceso del menor

Se puede apreciar en la figura 15 que primordialmente es la madre, con un 51.35%, la primera en enterarse del deceso de su hijo/a. A medida que los niños son más grandes, son otros los que reciben la noticia como es el caso de los abuelos, hermanos y tíos.

En cuanto a la madre, que de acuerdo a los datos es la primera en enterarse de la muerte del niño/a pudimos recopilar aspectos relativos a su edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Los resultados de esta información se inician en la siguiente figura.

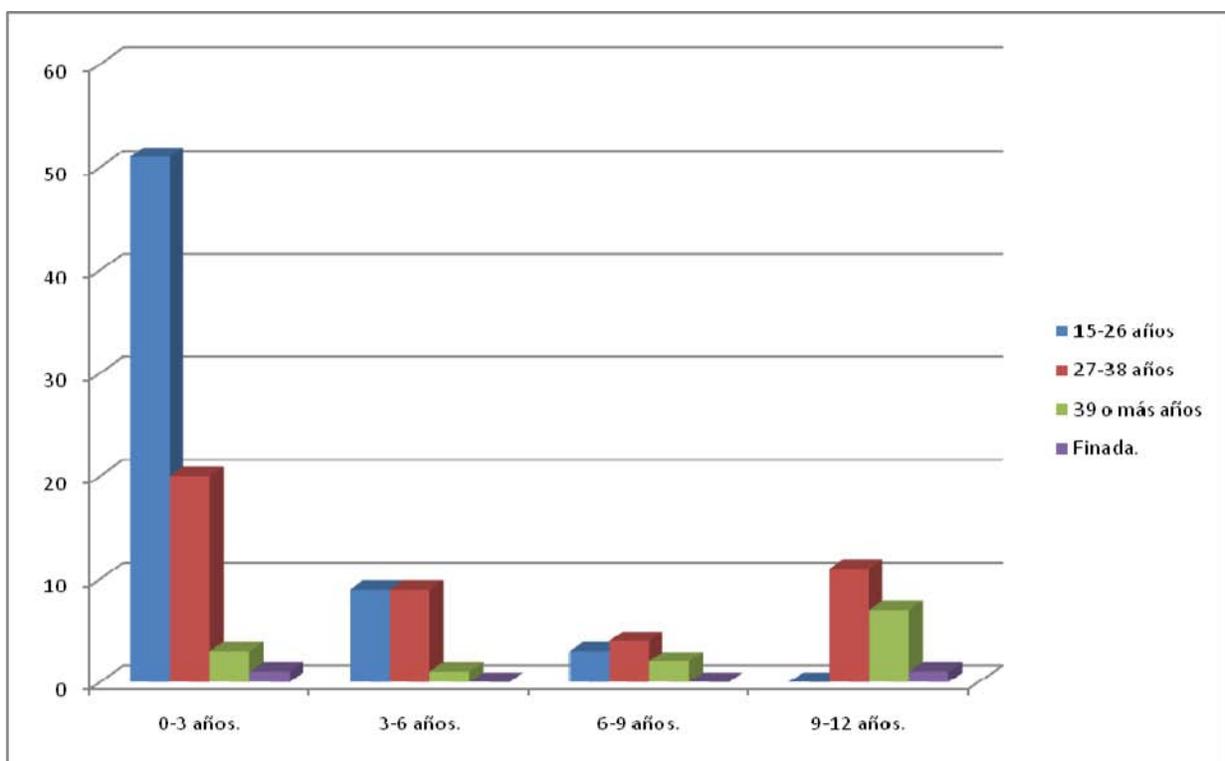


Figura 16. Edad de las madres

Se obtuvo la edad del 66.66% de las madres, porcentaje dentro del cual, como se puede observar en la figura 16, la mayor frecuencia se registró entre los 15 y 26 años de edad con un 51.63%, la cual disminuye con la edad, siendo el porcentaje más bajo (2.45%) en madres mayores de 45 años.

Con respecto al estado civil de las madres, solo se pudo acceder al 58.46% de la población del 2005, mostrando la figura 17 los resultados obtenidos³.

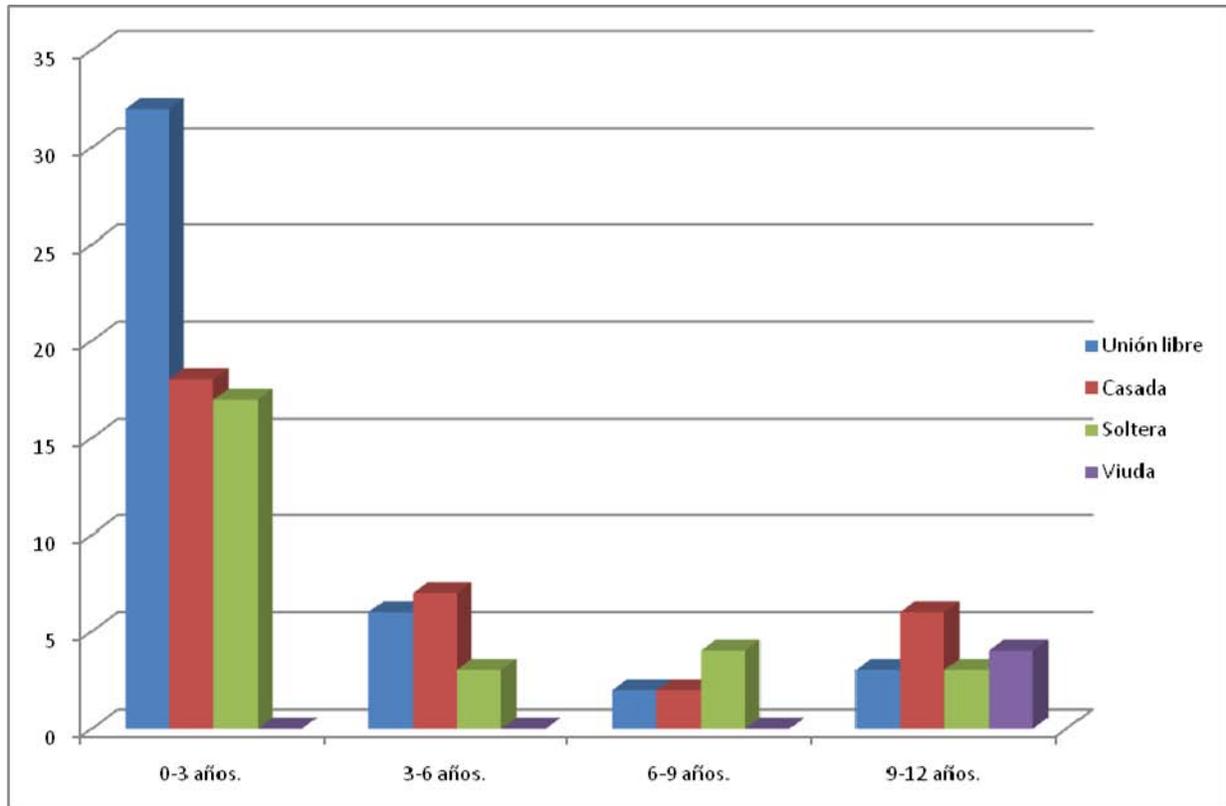


Figura 17. Estado civil de las madres

El estado civil con mayor porcentaje los registraron las madres que se encontraban en pareja (71.02%), ya fuera por unión libre o casadas. Mientras que las madres solteras (separadas o viudas) presentaron la menor frecuencia con el 28.97%.

La figura 18, muestra los resultados con respecto a la escolaridad de las madres.

³ De los datos que se manejan, no se puede afirmar que las parejas de las madres sean los padres de los menores fallecidos, ya que únicamente se cuenta con la información de la persona que se presenta a reclamar el cuerpo del niño.

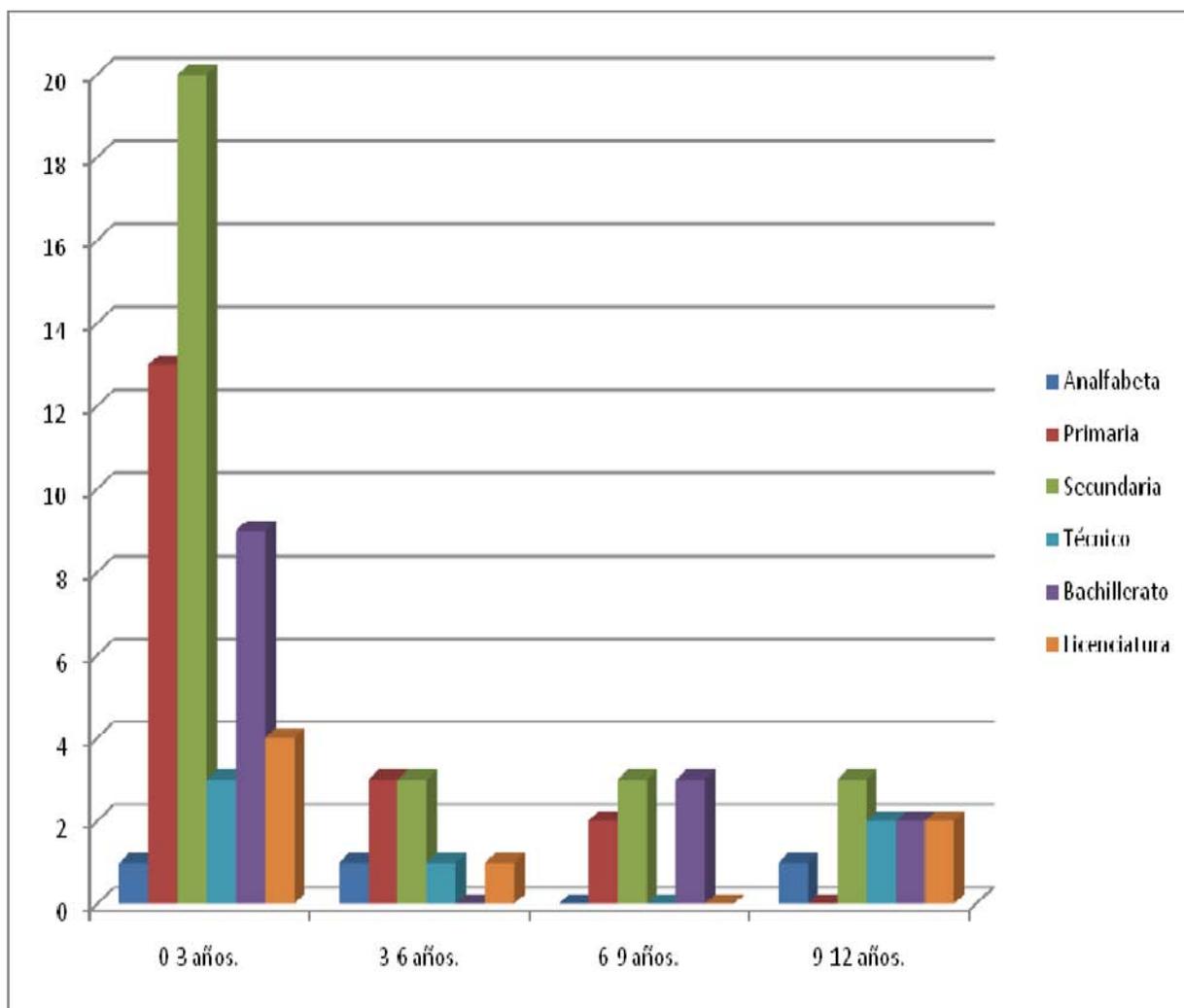


Figura 18. Escolaridad de las madres

Se obtuvo la escolaridad del 42.07% de las madres de los niños y niñas fallecidos durante el 2005, de las cuales el 37.66% de ellas tenían la secundaria como máximo nivel de estudios. Las madres con licenciatura ocupan el cuarto lugar en frecuencia con el 9.09%.

Por último, en referencia a la ocupación de las madres, la figura 19 muestra los resultados. Donde cabe señalar que se obtuvo el 49.72% de la población en el 2005.

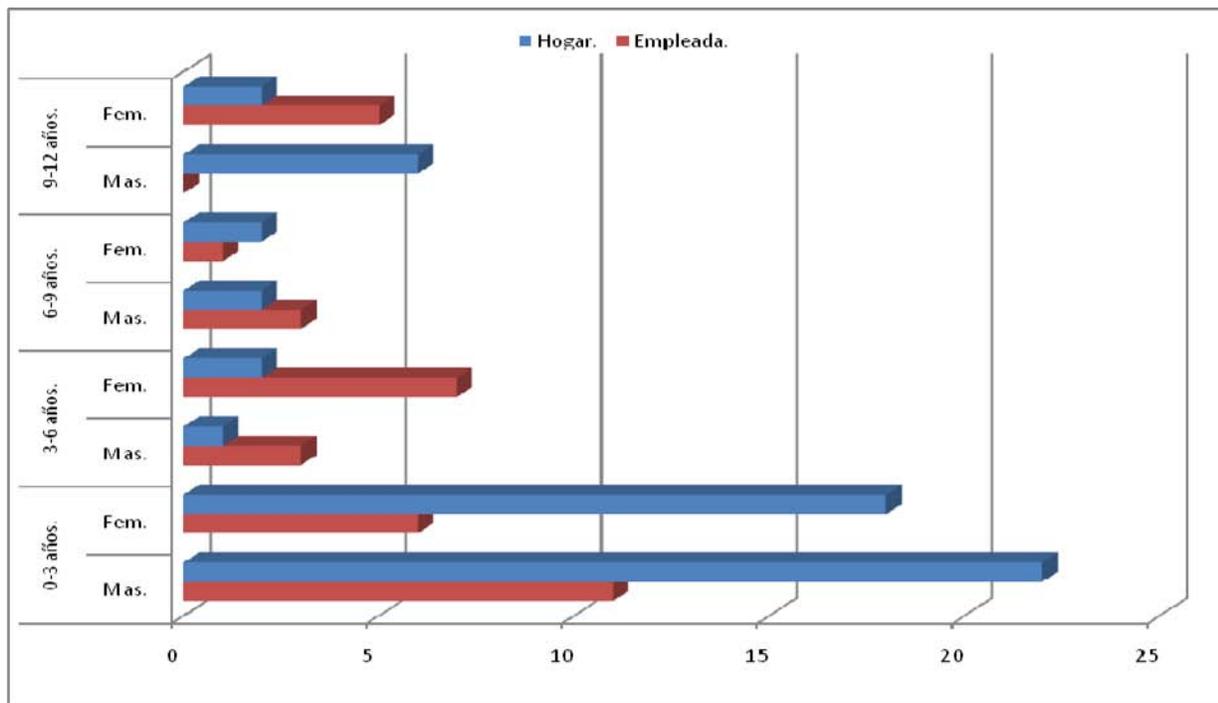


Figura 19. Ocupación de las madres

El estudio mostro que el 60.43% de las madres se dedicaban al hogar mientras que el 39.56% eran empleadas.

La ocupación de las madres varia con respecto a la edad y el sexo de los menores, así las madres con hijos/as menores de tres años se dedicaban en más del 60% al hogar, mientras que las de niños y niñas entre tres y seis años eran empleadas en más del 75%.

La ocupación de las madres de los menores entre seis y nueve años vario de un sexo a otro, de forma que las madres de los niños se dedicaban en un 40% al hogar y las de las niñas en un 66.66%. Dentro del último rango de edad, la ocupación también vario con el sexo, donde las madres de los niños se dedicaban en un 100% al hogar, mientras que en niñas el 71.42% eran empleadas.

Con relación al padre a continuación se muestran los resultados obtenidos con respecto a su edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

La figura 20 muestra los resultados obtenidos de la edad del 56.83% de los padres.

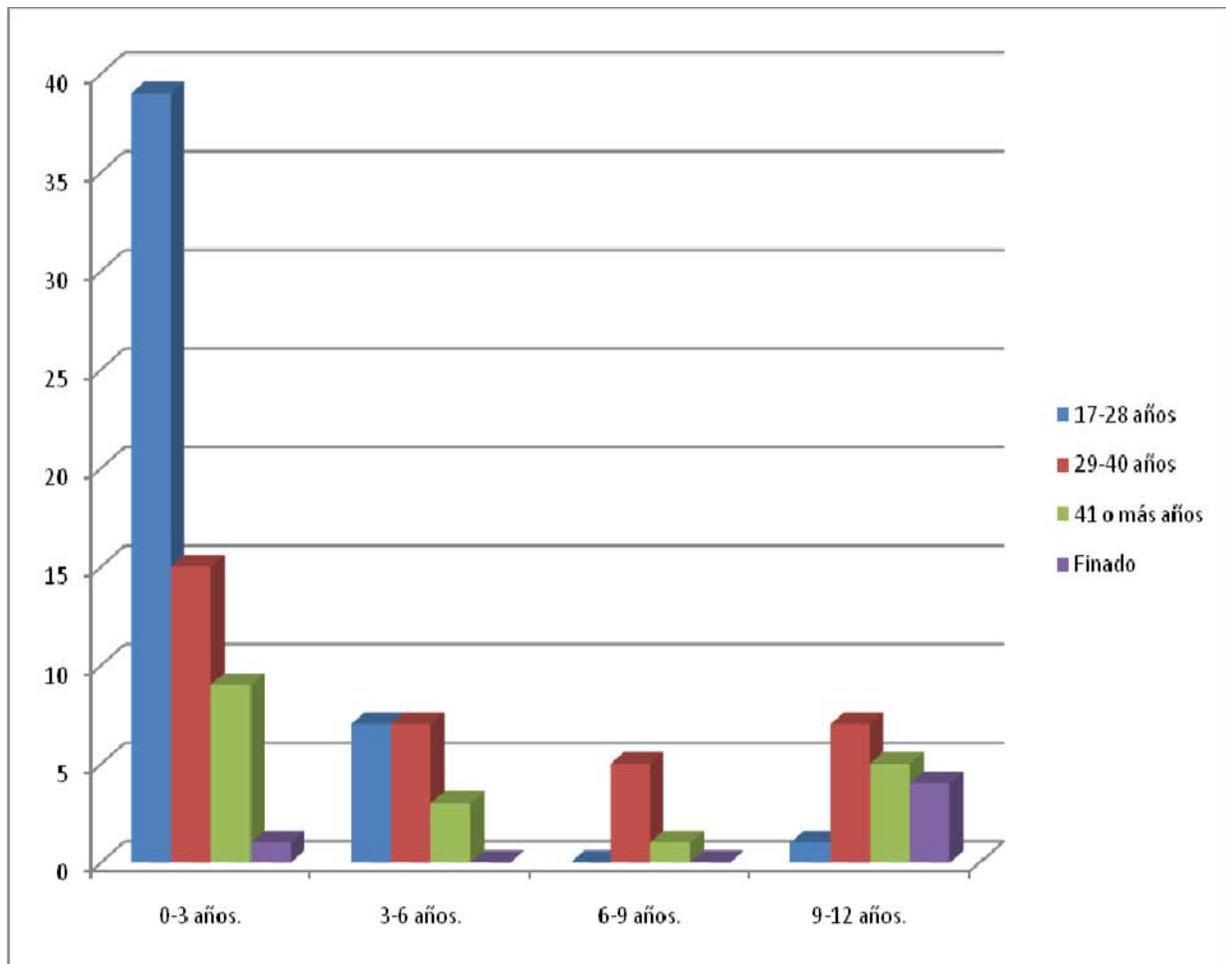


Figura 20. Edad de los padres

La gráfica muestra una distribución parecida a la que representa la edad de las madres. Se puede observar que la mayor frecuencia de los padres que perdieron a sus hijos/as se ubica entre 17 y 28 años, registrando el 45.19%. Al igual que con las madres después de los 53 años se registra el más bajo nivel de muertes en un 2.88%.

Con respecto al estado civil de los padres la figura 21 muestra los resultados.

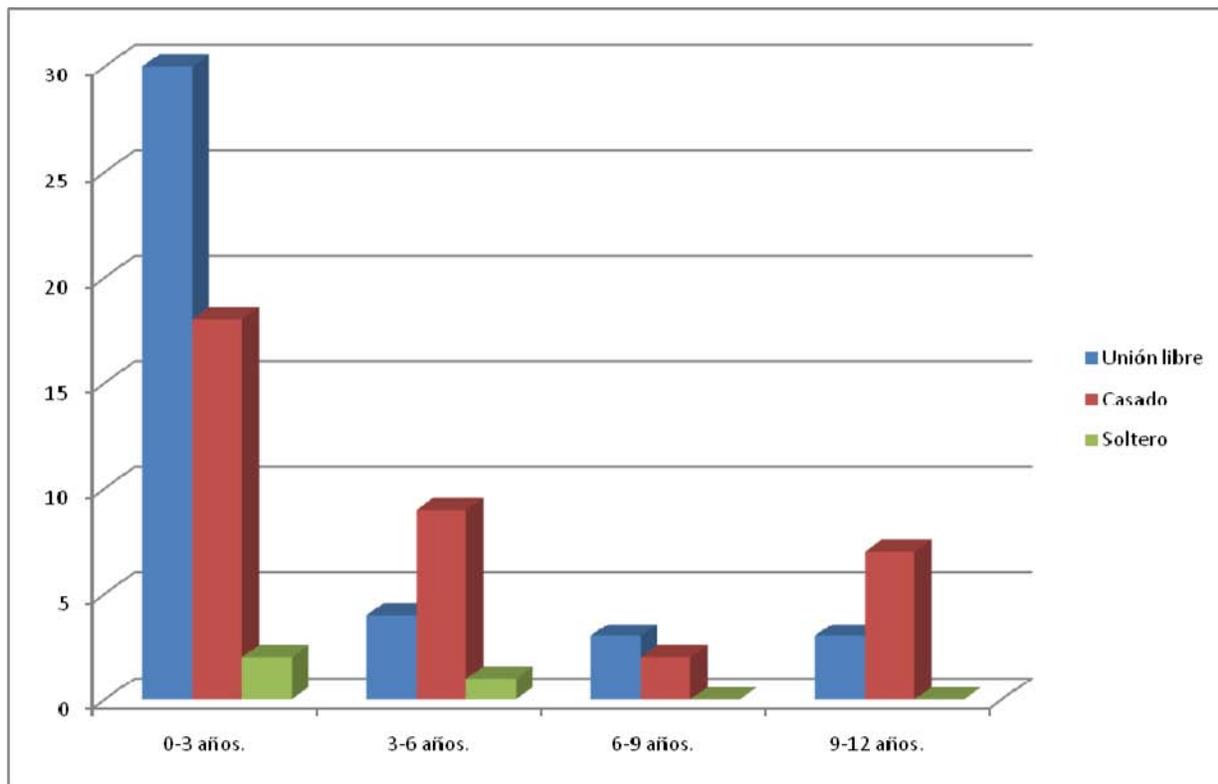


Figura 21. Estado civil de los padres

Se obtuvo el estado civil del 43.16% de los padres. La mayor frecuencia la registraron los que se encontraban en pareja con un 96.2% a diferencia de las madres que se ubicaron en un 71.02%.

Al igual que las madres, el menor índice de muertes lo registraron los padres solteros. Las muertes que se registraron en padres solteros corresponden a niños de cero a seis años, con un 3.79% de la población total.

Continuando con la figura 22, ésta muestra la escolaridad de los papás. Lo cual corresponde al 38.79% de la población.

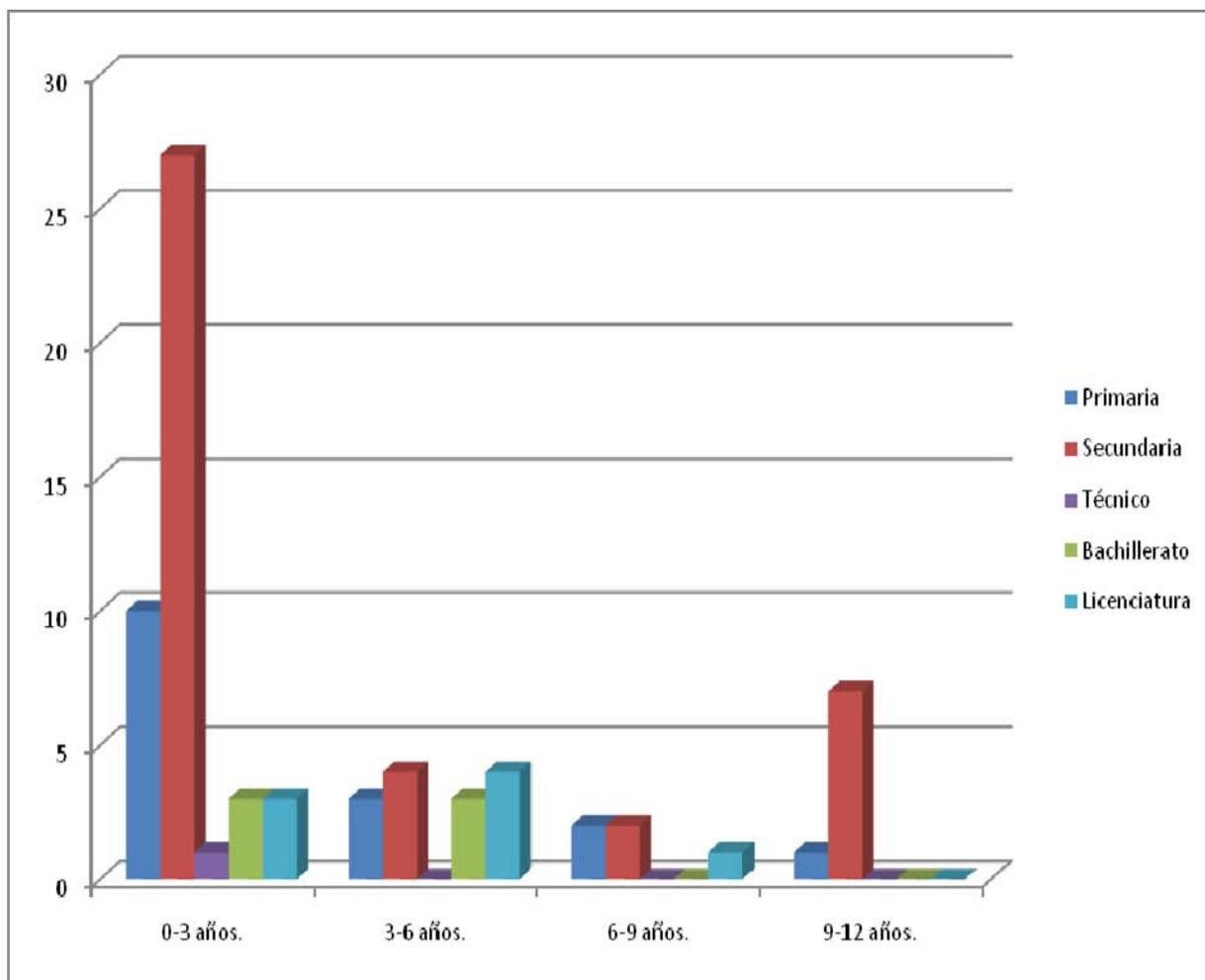


Figura 22. Escolaridad de los padres

Se puede observar en la anterior figura que la escolaridad máxima es la secundaria en un 56.33% a diferencia del 37.66% de las madres, con respecto a los estudios de Licenciatura estos registran una frecuencia del 11.26%, teniendo también un aumento en comparación con las madres que fue de 9.09%. Es decir, los papas de esta población logran superarse más que las madres.

Por último con relación a la ocupación de los padres, en la Figura 23 se muestran los resultados, de los cuales solo se tuvo acceso al 40% de los datos.

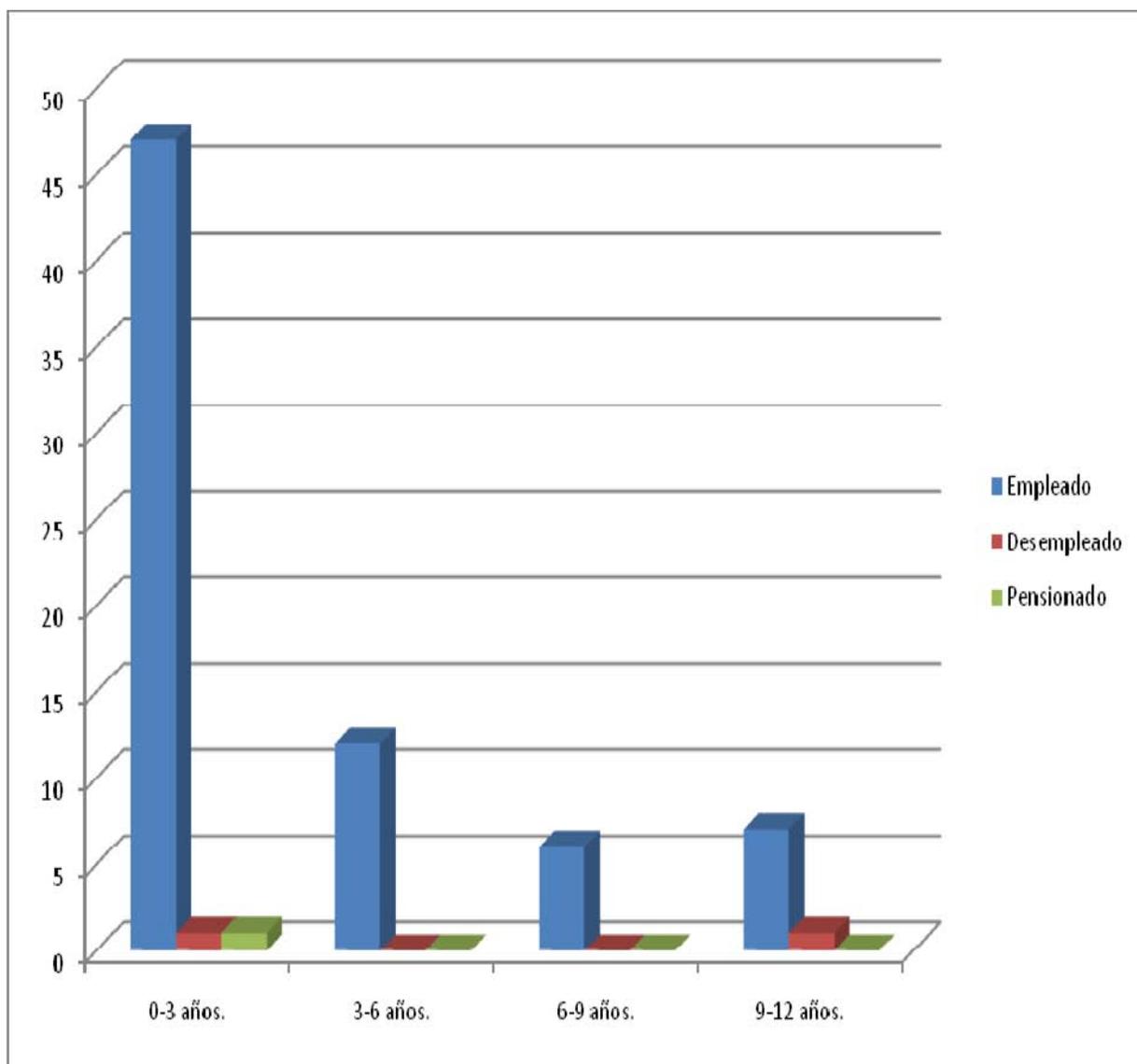


Figura 23. Ocupación de los padres

El 96% de los padres eran empleados, mientras que el 2.6% desempleados y el 1.3% restante eran pensionados.

Dentro del estudio una de las variables fue la valoración que los padres o tutores hacen del evento, en cuanto a calificarlo como un accidente o a la presencia de la intencionalidad, lo cual se muestra en la figura 24.

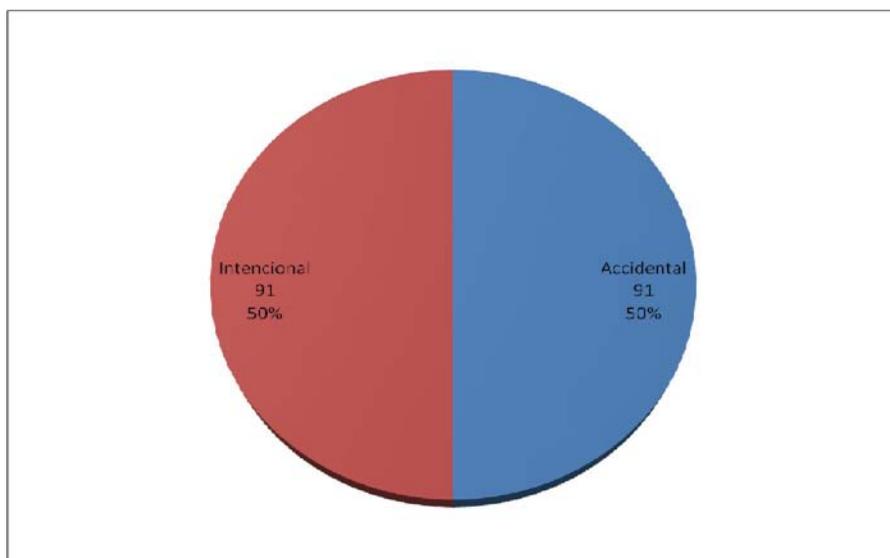


Figura 24. Valoración del evento

Como se puede ver, son tantos los casos a los que se le atribuye la intencionalidad como aquellos calificados como accidente.

La valoración del evento vario con relación al sexo, así en las figuras 25 y 26 se muestra dichas diferencias.

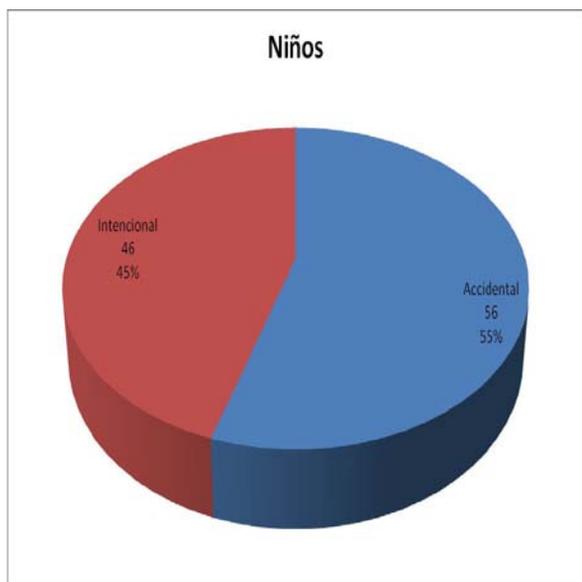


Figura 25. Valoración del evento en el caso de los niños

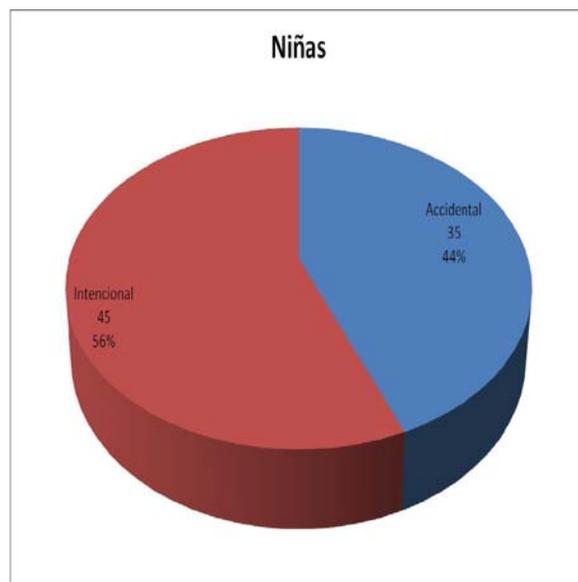


Figura 26. Valoración del evento en el caso de las niñas

Como se puede ver se califica la presencia de la intencionalidad en mayor frecuencia en el caso de las niñas, mientras que en los niños se reconoce primordialmente como un accidente.

En la figura 27 se muestra la valoración del evento con respecto a la edad de los menores.

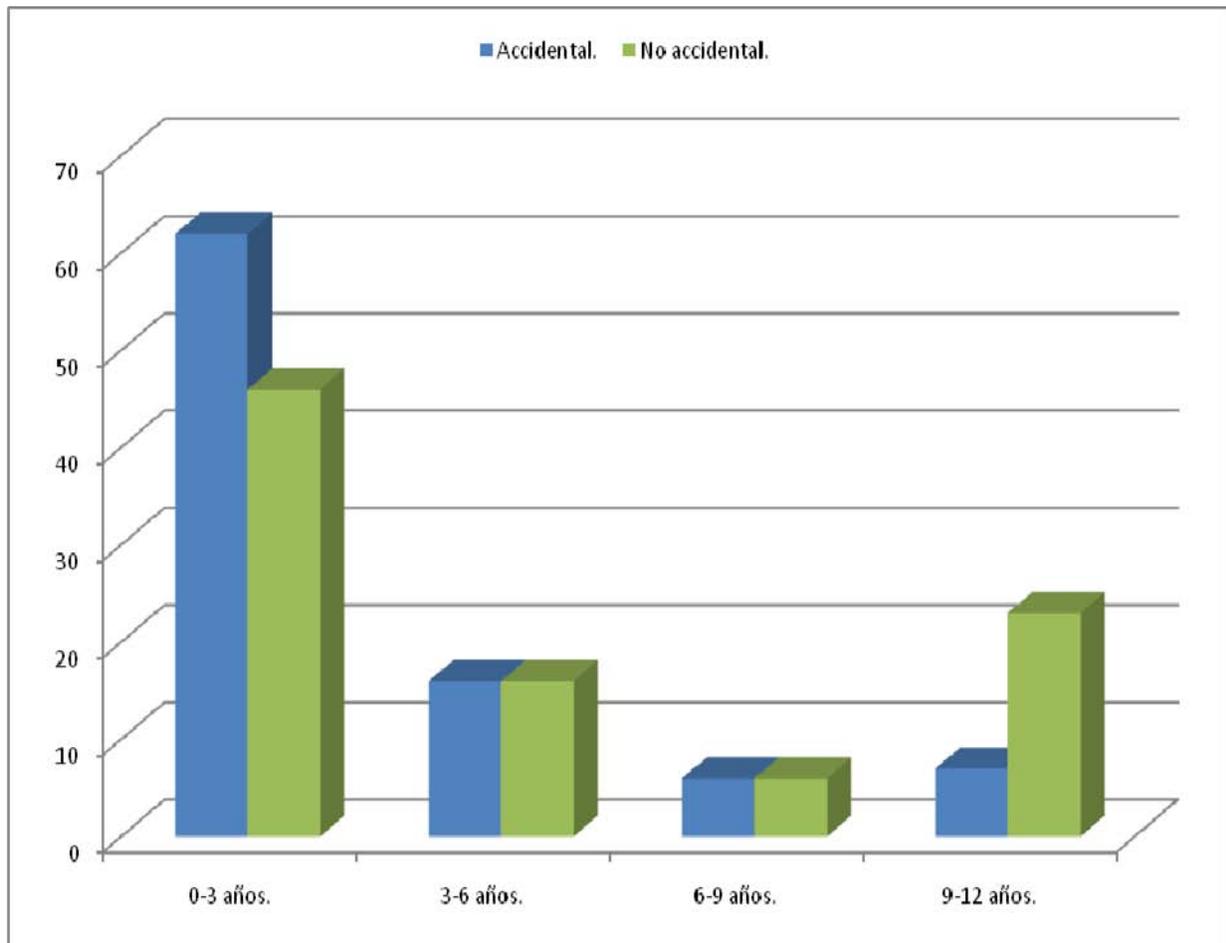


Figura 27. Valoración del evento por edad

La figura muestra que antes de los tres años la muerte de los y las niñas es calificada primordialmente como un accidente mientras que después de los nueve años se invierte el porcentaje siendo mayor la intencionalidad que el accidente.

La distribución por edad y sexo de cómo los padres o tutores valoran el suceso se muestra en la figura 28.

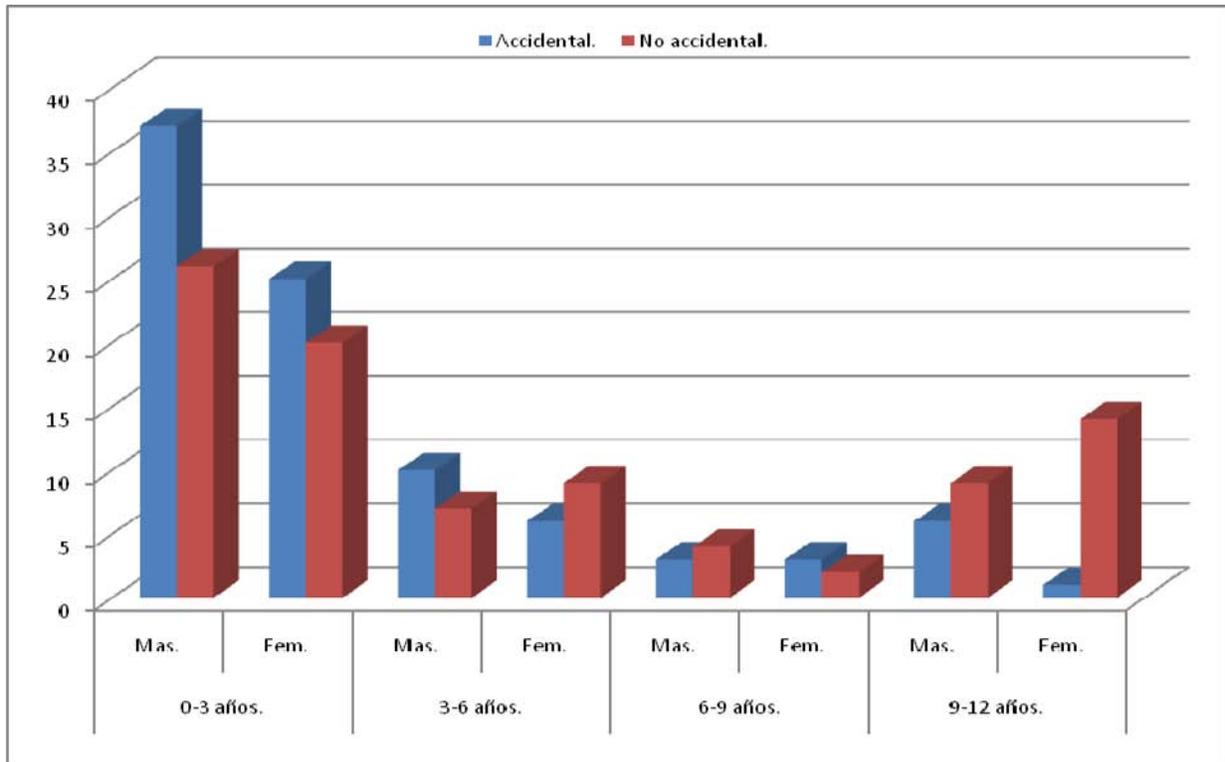


Figura 28. Muerte accidental o intencional

Dentro del primer rango de edad, no hay diferencias entre sexo, pero entre los tres y seis años de edad ya se aprecian las diferencias, donde los niños mueren más por accidente y en las niñas hay la intencionalidad. Entre los seis y nueve años los papeles se invirtieron de forma que las niñas murieron más por accidentes que los niños. En el último rango de edad, se consideró en ambos sexos que la muerte fue intencional, siendo esto más enfático en las niñas.

“La palabra progreso no tiene ningún sentido mientras haya niños infelices”.

Albert Einstein.

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

Discusión.

Uno de los propósitos iniciales al realizar el presente trabajo fue investigar el homicidio infantil. Sin embargo, todos los antecedentes reportaban la gran dificultad para identificar este comportamiento como tal, razón por la cual se decidió abordar el tema de la muerte infantil. Esto nos lleva a tener presente en todo momento lo que la OMS define como violencia y como intencionalidad:

“Violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Es importante señalar que la OMS al usar la palabra “poder”, incluye entre otros aspectos el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes.

La OMS establece así una clara diferenciación entre los hechos intencionales y no intencionales en estos últimos menciona los hechos de tránsito y las quemaduras.

Iniciemos ahora la discusión de los resultados como se inician los cuentos de hadas: *“Hace ya mucho tiempo...”* que los padres creen que los hijos les pertenecen y que pueden hacer con y de ellos lo que quieran. Dan por hecho que su forma de crianza es justa, “para hacer hombres de bien”. Es la “educación” lo que les permite a muchos padres por un lado justificar y por el otro naturalizar los actos que denigran y violentan a los niños. Sin embargo, por más que se vea como “normal” el que a un niño se le puede “corregir” con golpes o con palabras humillantes, a

lo que nunca se acostumbrará ningún ser humano. Es grave que en muchos casos esto culmine en la muerte del niño; no hay nada que lo justifique.

De los 1654 casos que se analizaron en el presente estudio, 973 corresponden a niños y 681 a niñas, lo que coincide con las estimaciones de la OMS donde se destaca que entre los 5-14 años la tasa de mortalidad en niños fue de 2,1 por 100 000, mientras en las niñas fue de 2,0 por 100 000.

En el presente estudio se trabajó con 13 categorías que integraron las 99 que establece el SEMEFO. Tomando como base lo señalado por la OMS, 10 de ellas implican el “uso de poder”, dos de ellas entran en lo que la OMS reconoce como probables accidentes y nosotros agregaríamos *los siniestros* como una categoría más en el rubro de accidentes.

El estudio mostró que las cuatro causas más frecuentes de muerte en niños fueron: la asfixia, el aborto, las caídas y el homicidio, abarcando estos el 71.70% de la población general. Las muertes por asfixia y caídas son el resultado de los descuidos y omisiones de los padres o tutores, mientras los homicidios conllevan una acción. De estas cuatro causas dejaremos de lado el aborto el cual debe ser tratado bajo otras consideraciones, ya que como sabemos es un acto muy debatible, que no es tema del presente trabajo.

En términos generales con la tesis se pudo demostrar que detrás de la muerte de los menores hay un terrible historial de violencia, que fue posible identificar solo al ahondar en los resultados de las necropsias, ya que las categorías por si mismas no son elocuentes de lo que hay detrás de cada caso.

La asfixia, primera causa de muerte infantil en nuestro estudio, ha sido considerada frecuentemente como un hecho accidental, atenuando así la responsabilidad de los padres.

Debido a la inmadurez biológica de los niños muy pequeños la asfixia siempre ha sido vista

como una complicación “natural” que puede llevar al infante hasta la muerte. Sin embargo, a continuación mencionaremos tres casos que dejan claro que en ocasiones de “natural” no tiene nada y sí puede llegar a prevenirse si los padres asumen con responsabilidad el cuidado de los hijos:

CASO 1

SEMEFO: Menor del sexo femenino de dos meses de edad, fallece por asfixia por obstrucción de vías aéreas por paso de contenido gástrico.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: La madre refiere que es adicta a la cocaína que vive con un hombre que también es adicto y no es el padre de la niña, manifestó que se drogó y se fue a dormir con la menor y al despertar al otro día la niña ya estaba muerta. Acusa a su pareja de ser el responsable de la muerte ya que él no la despertó en la noche como era su costumbre, a lo que el concubino declaró que debido a que la puerta estaba cerrada por dentro no pudo entrar a despertar a la madre. La madre declaró en relación a la niña que esta nació desnutrida y era alimentada con leche de fórmula debido a su adicción, los análisis practicados en la niña mostraron que no se encontró ninguna sustancia alcohólica ni toxicológica.

CASO 2

SEMEFO: Menor del sexo masculino de ocho meses de edad, fallece por asfixia por sumersión dentro de un canal de aguas negras.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE La madre relata que se encontraba junto con el niño en el patio de la casa, el niño se encontraba dentro de su andadera, la madre entró a contestar el teléfono y al salir ya no se encontraba el niño, por lo que empezó a gritar, su hermano y concubino que iban llegando salieron a buscar al niño encontrándolo después de 10 minutos en el canal de aguas negras que estaba en un barranco a un costado de la casa, lo sacaron del agua y fue llevado al

hospital donde ingreso muerto. La madre no se explica como sucedieron los hechos ya que el menor no caminaba aún.

El siguiente caso muestra que aún cuando el niño murió de asfixia tenía una larga historia de maltrato físico y sexual.

CASO 3

SEMEFO: Menor del sexo masculino de siete años de edad, fallece por asfixia por sofocación en su variedad de obstrucción de vías aéreas por paso de contenido gástrico, el menor presentó lesiones en diferentes estados de cicatrización, en antebrazos, tórax, mordidas en antebrazo, zona mamaria, región sacra, muslos. En región anal se encontró que era un sujeto con coito habitual vía anal. Presentó intoxicación etílica severa con concentración de 209 miligramos porcentuales de metabolitos de alcohol etílico en sangre. El exudado rectal fue negativo en la identificación de espermatozoides.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE Los hechos fueron relatados por el padre manifestando que el niño vivía con la madre y solo algunos días se quedaba a dormir con él, que tenía una nueva pareja y cuando el niño se dormía con ellos compartían una cama individual, durmiendo el niño en la pared, la pareja en medio y el padre en la orilla. La noche que falleció el niño comió pizza y se fue a dormir como cualquier otro día, el padre no escuchó nada y en la mañana al ver que el niño no respiraba lo llevó al doctor. En el expediente no aparece la declaración de la madre.

Las caídas por sorprendente que parezca son la segunda causa de muerte más frecuente antes de los tres años de vida del niño. Dentro de esta categoría el SEMEFO integra las caídas desde distintas alturas, siendo la más común la caída desde azoteas (44.23%). Por su condición de inmadurez los niños están expuestos a sufrir caídas sin embargo, a continuación describiremos dos casos, los cuales no encuentran una lógica en la inmadurez de los niños:

CASO 4

SEMEFO: Menor de dos años de edad del sexo femenino, falleció por traumatismo cráneo encefálico por caída de ventana, no presentó más lesiones.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: Ambos padres acuden a declarar, el padre se encontraba jugando en el primer piso sobre la cama con la niña, cuando ésta cae por la ventana, éste no vio que la ventana estaba abierta porque estaba tapada con la cortina, la madre declara no saber como sucedieron los hechos por que se encontraba en el piso inferior haciendo la comida y solo vio al esposo bajar corriendo las escaleras y diciendo que la niña había caído desde la ventana, por lo que ambos salieron de la casa levantaron a la niña y la llevaron al hospital. Los padres no hacen ninguna denuncia por tratarse de un accidente.

Las muertes que se registraron como consecuencia del maltrato físico fueron recategorizadas en nuestro estudio como “*homicidio*”, recordando que este se entiende como privar de la vida a otro. Abrahamsen (1976) señaló “la violencia en el homicidio suele ser mucho mayor de la necesaria para matar a la víctima”.

El homicidio y las caídas son las únicas dos causas que se registraron en todas las edades. El homicidio fue más frecuente antes de los tres años, disminuyendo súbitamente con la edad, lo que refleja que entre más indefenso es un niño, corre más riesgo de muerte por esta causa. En relación al sexo se demostró que los niños mueren más (16.03%), que las niñas (13.36%) debido a esta causa, a continuación se presentan tres casos:

CASO 5

SEMEFO: Menor del sexo masculino de tres años de edad, ingresa al SEMEFO en calidad de desconocido, la necropsia reveló que fallece de asfixia por estrangulamiento, en cuanto a lesiones presentó 116 equimosis de color violáceo en todo el cuerpo, algunos hechos por dientes

humanos; 15 escoriaciones en cara, mentón y tórax; seis heridas por mecanismo corto contuso (mordidas) en mano derecha. En cavidad cráneana hemorragias y fractura. En cuello infiltración hemática de los músculos de la cara; en la cavidad torácica los pulmones se encontraban congestionados, contundidos e infiltración hemática. En el examen proctológico no hubo alteraciones traumáticas; se descartaron sustancias alcohólicas y toxicológicas en sangre. Cabe señalar que todas las lesiones fueron producidas cuando el niño se encontraba aun con vida.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: El cuerpo del menor es encontrado por trabajadores, bajo la cama de un hotel. Ingresó en calidad de desconocido, días después fue reclamado por la madre, la cual manifestó que su hijo había sido robado días antes y gracias a familiares y asociaciones enfocadas en la búsqueda de niños perdidos, llegó a la institución para identificar el cuerpo de su hijo, agregando que el agresor era un pretendiente al cual rechazaba.

CASO 6

SEMEFO: Menor del sexo femenino de ocho años de edad, fallece por traumatismo cráneo encefálico, la niña presentó múltiples escoriaciones y contusiones, fractura de costillas ante mortem, fractura fragmentada de costillas hechas por mordedura de perro postmortem; fractura de hueso frontal, temporal y occipital irradiada a los tres pisos de la base del cráneo, 36 heridas por instrumento punzocortante en todo el cuerpo. En la exploración ginecológica y proctológica no se encontraron lesiones.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: En relación a los hechos el padre ignora cómo sucedieron, ya que un día antes estaban festejando a otras dos de sus hijas, se fueron a dormir y en la mañana se dieron cuenta que la niña no estaba en la habitación ni en el baño, el cual se encontraba fuera del cuarto donde vivían todos y era compartido por otras cuatro familias. El padre salió a buscarla a

la calle y después de 40 minutos, en un baldío había mucha gente y policías, al acercarse a curiosear se dio cuenta que se trataba de su hija.

CASO 7

SEMEFO: Dos hermanos, un niño de un año de edad y una niña de cuatro años de edad, fallecen por intoxicación por ingesta de veneno de rata.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: Los hechos fueron relatados por el padrastro, declara que vivía con la madre de los niños, pero debido a que ella los maltrataba tenía muchos problemas con ella, por lo que decidió dar por terminada la relación pero como quería mucho a los niños los seguiría viendo a lo que la madre se negó, un día antes de los hechos la madre le pidió dinero para comprar algo, él se lo dio y se fue a trabajar, a la mañana siguiente entró a la recámara y vio que los niños, no respiraban y tenían marcas de sangre, por lo que salió a buscar a la madre mientras llamaban a una patrulla, la madre fue encontrada deambulando cerca de la casa y fue detenida, ésta declaró que no quería que sus hijos sufrieran por no tener padre, así que decidió matarlos y después quitarse la vida, por lo que les dio veneno de rata en la leche caliente y esperó a que murieran, mientras tanto escribió unas cartas antes de quitarse la vida, cuando vio que sus hijos ya habían muerto se tomó tres puños de pastillas pero no logró matarse. En relación a la madre fue encontrada consciente y congruente en su discurso, semiorientada en tiempo, lugar, persona, con aliento normal, sin haber consumido drogas, alcohol o cigarrillos.

Hay otras causas de muerte de niños menos frecuentes, ocasionados por factores de riesgo tales como son los perros, que no obstante se sabe que ciertas razas son de gran peligro particularmente para niños, los dueños los tienen en casa sin ninguna protección o resguardo, como sucedió en el siguiente caso.

CASO 8

SEMEFO: Menor del sexo femenino de cuatro años de edad, fallece por mordeduras de perro, presentó 32 heridas producidas por caninos situadas en región temporal y occipital, cara, tórax, lumbar y glúteo.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: La madre relató que iba en compañía de la niña hacia la casa de su hermana, al entrar, dos perros de la raza Rottweiler propiedad de su cuñado se abalanzaron contra la niña y aun cuando se la quitaron ya estaba gravemente herida por lo que fallece. Siendo importante destacar que la madre manifestó que aún cuando se seguía de oficio el delito, se trataba de un lamentable accidente por lo que otorgaba el perdón y no levantaba ninguna denuncia.

Los primeros casos de violencia autoinfligida, en la categoría de suicidio se registraron en niños de ocho años, cifra que fue aumentando con la edad, siendo la octava causa de muerte en niños y niñas menores de 12 años, mostrando una incidencia mayor en los niños. En contraste de lo que sucede con los/las mayores de 12 años, etapa en la que es mayor el número de muertes por suicidio en las niñas, esto pudo observarse de manera más específica durante el 2005, dato que parcialmente concuerda con la OMS la cual señala que entre los 5-14 años, los niños mueren menos (1,7 por 100 000) que las niñas (2,0 por 100 000).

Con respecto a las causas que la OMS reconoce como probables accidentes están los hechos de tránsito, el cual ocupó el tercer lugar (16.59% de las niñas y el 19.42% de los niños). Después de los 9 años es la primera causa de muerte. Aún en esta causa considerada como probables accidentes seguimos encontrando el descuido de los padres como se puede ver a continuación:

CASO 9

SEMEFO: Menor del sexo femenino de 4 años de edad, falleció por un conjunto de traumatismos craneo encefálico, cuello y tórax, por atropellamiento.

REGISTRO DEL EXPEDIENTE: Los hechos son narrados por la madre, quien se dedicaba a recolectar botellas de vidrio y aluminio en la calle, se encontraba acompañada de sus dos hijas y su cuñado, la hija mayor que fue la que falleció estaba cansada de caminar, por lo que la madre decidió dejarla dentro de la carreola debajo de la banqueta junto a un árbol para que le diera sombra atrás de un tráiler, mientras ella, su cuñado y su hija menor, fueron a recolectar las cosas en un terreno baldío cerca del lugar, el conductor del tráiler no vio a la niña, se hecho en reversa y atropelló a la menor dentro de la carreola, la madre acusa al conductor del tráiler de la muerte de su hija.

Con respecto a las quemaduras, también consideradas por la OMS como probables accidentes, presentamos a continuación, el siguiente caso que hace evidente la falta de precaución y gran descuido por parte de los padres:

CASO 10

SEMEFO: Menor de un año de edad del sexo masculino, falleció por quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado en 30% de la superficie corporal situada en ambas caras laterales del cuello, incluidos los pabellones auriculares, hombros, tórax anterior y posterior (segmento superior), brazo y antebrazo derecho y brazo izquierdo.

REGISTRO DEL SEMEFO: Estos hechos sucedieron en la casa mientras la madre se encontraba lavando la estufa, por lo que bajó la olla de leche caliente al piso, el niño que estaba en la cama cae dentro de la olla, la madre al darse cuenta lo saca y lo lleva al hospital, este llama al Ministerio Público (MP) y es el padre el que va a declarar cómo sucedieron los hechos aun

cuando él se encontraba trabajando cuando esto sucedió. No se hace ninguna denuncia por tratarse de un accidente. Hay que hacer notar que por las lesiones que presentó el menor, este cayó de espaldas ya que no presentó lesiones en cara ni manos.

Los casos que aquí se han presentado son elocuentes de que la muerte de niños por causas no naturales, no necesariamente son accidentes, por el contrario se observa abuso de poder por parte de los padres, quienes se han ocupado más de ellos mismo que de los cuidados del niño.

Por otra parte el estudio mostró que el lugar donde los niños y niñas corren más riesgo de morir es dentro de su hogar. Zetterberg, (En Bronfman, 2001, p. 117) señala: *“La dinámica familiar determina de forma directa la recurrencia de muertes infantiles, pero también de forma indirecta, a través del funcionamiento de redes sociales que logra, o no establecer”*. Es la familia la directamente responsable de brindarles a los niños todo lo necesario para que éste pueda ver satisfechas sus necesidades básicas. Por lo tanto las fallas de ésta pueden ocasionar daños permanentes o mortales a los integrantes más indefensos, como hemos visto hasta ahora. En este sentido y retomando lo expuesto en el capítulo tres, En la medida que dentro de la familia se mantengan redes y jerarquías que favorezcan relaciones asimétricas de poder, seguirá prevaleciendo la violencia contra los integrantes más débiles, que son los niños.

Por otra parte este estudio arrojó información acerca del papel que actualmente juega la mujer en muchas familias, encontramos un número significativo de mujeres que trabajan y que son madres solteras, que para las visiones más conservadoras podría ser la causa de la muerte de los niños. Sin embargo, analizando la información encontramos que el mayor porcentaje de niños muertos corresponde a mujeres dedicadas al hogar y que viven en pareja.

Aunque es un tema delicado y debatible, por todos los aspectos que en él inciden, nos parece importante hablar de la violencia de la mujer contra los hijos, que es un tema a trabajar tanto en

las investigaciones como en la vida cotidiana, la Dirección de Desarrollo Social de Nezahualcóytl Estado de México (2004) señala: *“las mujeres que son violentadas persisten en continuar con la costumbre y maltratan a sus hijos como una manera de desquitar su coraje y frustración”*. De esta forma la madre juega un papel activo dentro de la violencia dirigida a los niños los cuales en casos extremos llegan a fallecer. Como ya se señaló el comprender la problemática de la violencia en niños, venga de donde venga implica la posibilidad de solucionarla.

Algunos postulados finales:

- ⊗ *Se debe erradicar la falacia social de que los hijos son propiedad absoluta de los padres y como objetos se pueda disponer de ellos.*
- ⊗ *La muerte de los infantes en gran medida se debe a que los padres fallaron en su papel de protectores, guías y proveedores, esto como resultado del uso de poder.*
- ⊗ *La familia en todo momento debe vigilar el bienestar del menor, evitando cualquier forma de maltrato y no justificarlo como base de la educación.*
- ⊗ *Recordar que la muerte de un infante es solo la punta del iceberg, ya que detrás de ésta, en muchos casos se presenta una problemática de maltrato previo no denunciado.*
- ⊗ *La máxima expresión de la negligencia o violencia es la muerte, misma que es percibida o confundida fácilmente como accidente. El mayor número de muertes en infantes es producto del descuido y omisión de los padres, quienes buscan ocultarla precisamente bajo el disfraz de “accidental”.*

- ⊖ *La muerte infantil por homicidio es el resultado final de un proceso de violencia múltiple y progresiva; de forma que entre más violento es un hecho, más lesiones se provocan en las víctimas.*
- ⊖ *Se debe prevenir la violencia infantil dentro del hogar erradicando la falacia de “lo que sucede dentro del hogar es de carácter privado”.*
- ⊖ *Las muertes por maltrato son más frecuentes de lo que indican los registros oficiales, haciendo evidente que vivo o muerto el infante no goza de una adecuada atención.*
- ⊖ *El SEMEFO debería de recategorizar las causas finales que condujeron al deceso, para ampliar las posibilidades y factores de analizar los resultados. Por otro lado la forma de llenar los expedientes es asistemática.*
- ⊖ *El informe del SEMEFO debe de cobrar mayor relevancia para los procesos judiciales.*

Sugerencias para nuevas investigaciones.

La falta de trabajos de investigación sobre este tema es una de las limitantes para profundizar y conocer más acerca del panorama actual y real de las muertes ocasionadas por todos los tipos de maltrato e implementar medidas para prevenirlas. Simplemente, sobre esta tesis son múltiples los estudios que se nos ocurren porque cuando se hacía el análisis de las distintas categorías no encontramos suficiente información para apoyarnos. Sólo a título de ejemplo daremos a continuación algunas sugerencias:

- ⊕ *Investigar más sobre la muerte súbita, retomando lo que plantea Acosta (2003) la muerte en estas circunstancias no es tan súbita ni tan inesperada. De forma que se puedan diferenciar claramente las muertes por maltrato del Síndrome de Muerte Súbita en lactantes (SMSL). Ya que por ejemplo un menor puede ser fuertemente sacudido y fallecer, como consecuencia del maltrato, y no una muerte inexplicable o sin causa aparente.*
- ⊕ *Analizar el impacto que “la muerte” tuvo en la dinámica familiar, por ejemplo en la relación de pareja y en el cuidado de los hermanos si es que existen.*
- ⊕ *Hacer una investigación que busque identificar el grado de impunidad frente a esta problemática, poniendo especial atención de los casos a los que se les sigue un proceso judicial.*

Referencias.

- Abrahamsen D. (1976). *La mente asesina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Acosta T. N. (1998). *Maltrato Infantil*. Cuba: Científico-Técnica.
- Arruabarrena, Ma I, y De Paul J. (1994) *Maltrato a los niños en la familia*. España: Pirámide.
- Bronfman M. (2001) *Como se vive se muere; Familia, redes sociales y muerte infantil*. (2° Ed.) Argentina: CRIM-UNAM.
- Clemente D. M, y Espinoza B. P. (2001). *La mente criminal: teorías explicativas del delito desde la psicología jurídica*. España: Dykinson.
- Corsi J. (1994). *Violencia familiar; una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema Social*. Argentina: Paídos.
- Di Maio, V. J. M., y Dana, S. E. (2003). *Manual de Patología Forense*. Madrid: Díaz de Santos.
- Estrada I. L. (1990) *El ciclo vital de la familia* (4° Ed.). México: Posada.
- Fontana V. J. (2003). *En defensa del niño maltratado* (2° Ed.). México: Pax.
- Fromm E., Horkheimer M., y Parsons T., (1986) *La familia* (6° Ed.) España: Peninsular.
- García-Pablos de M. A. (1999). *Tratado de Criminología*. (2° Ed.) España: Tirant lo Blanch.
- Loredo A. A. (2004). *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Marcovich J. (1978). *El maltrato a los hijos*. México: Edicol.
- Osorio y Nieto C.A. (1997) *El homicidio*. (3° Ed.). México: Porrúa.
- Osorio y Nieto C.A. (2005). *El niño maltratado* (4° Ed.). México: Trillas.
- Rodríguez M. L. (2003) *Victimología* (8° Ed.). México: Porrúa.
- Sanmartín J. (1999). *Violencia contra niños*. España: Ariel.
- Sanz D., y Molina A. (1999). *Violencia y abuso en la familia*. Argentina: Lumen-Hvmanitas.
- Stevenson O. (1992) *La atención al niño maltratado*. Argentina: Paídos.

Torres F. M. (2001). *La violencia en casa* México: Paídos.

Van Rillaer J. (1978). *La agresividad Humana*. España: Herder.

Referencias en línea.

Aray L, Gavranovic B, Iglesias M, Porras M, Rivas L. (2003, 7 de Mayo) *Autoestima*
Recuperado de la red el 17 de Noviembre de 2005, de www.monografias.com

Convención sobre los Derechos del Niño (1989) Organización de las Naciones Unidas.
Recuperado de la red el 25 de Febrero de 2008, de http://www.unic.org.ar/www.red-onu/archivos/docentes/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.doc

Fernández C., y Perea C. (2004, Abril 8) *Síndrome del Maltrato Infantil*. Recuperado el 19 de Enero de 2006, de www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_3_04/ped09304.htm

Forever S. (2003, Junio 24) *Capitulado de violencia familiar*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2005, de www.monografias.com

Hijar M. M.C; Tapia Y. J.R y Rascon P. R.A. (1994 Sep.-Oct.) *Mortalidad por homicidio en niños*. Salud Pública de México. (En línea) Vol. 36, No 5, pág. 529-537.
Recuperado de <http://www.insp.mx/salud/36/365-13shtml> (2005 26 sep.).

Magally S. (2003, Agosto 25) *23 mil denuncias por maltrato a menores: DIF*. Cimac noticias.
Recuperado el 26 de Septiembre de 2005 de,
<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03ago/03082501.html>

Naciones Unidas- Centro de Información México, Cuba y República Dominicana (2003 18 Sep.) UNICEF, 3500 niños mueren por maltrato (en línea) Sala de Prensa. Recuperado de <http://www.cinu.org.mx> (2005 26 sep.).

OMS (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud*. Cap.1 La violencia, un problema mundial de salud publica. Recuperado el 29 de Enero de 2008, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chap1_spa.pdf

OMS (2007). *Prevención de lesiones y violencia. Guía para los Ministerios de Salud*.
Recuperado el 25 de Febrero de 2008 de
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328644_spa.pdf

Santamaría S, Milazzo L, Martins E, Quintana A (2003, Febrero 25) *Violencia familiar y maltrato infantil*. Recuperado el 17 de Febrero de 2005 de www.monografias.com

UNICEF (2003) *Liga de las muertes infantiles por malos tratos en las naciones ricas.*

Recuperado el 25 de Febrero de 2008, de

http://www.unicef-irc.org/presscentre/presskit/repcard5/rc5_key_sp.pdf

UNICEF (2006, Mayo) *La violencia contra los niños y niñas.* Hojas informativas sobre la protección de la infancia. Recuperado el 29 de Enero de 2008, de

www.unicef.org/spanish/protection/files/La_violencia_contra.pdf

UNICEF (2007) *Pobreza infantil en perspectiva. Un panorama del bienestar infantil en los Países ricos.* Recuperado el 25 de Febrero de 2008, de

http://www.unicef.org/spanish/media/files/Inocenti_7_spa.pdf

APÉNDICES

APÉNDICE A

FICHA DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

Fecha de deceso: _____

Edad del menor: _____

Género. M () F ()

Desconocido. SI () NO ()

Características particulares (problemas congénitos, D.I., p. desarrollo, etc.).

Número de Hermanos _____ lugar que ocupó en la familia _____

Principal responsable del niño _____

Enfermedades previas. SI () NO () cuál _____

Hospitalización previa. SI () NO () _____

Lesiones anteriores a la causa de muerte. SI () NO () _____

Lugar de los hechos CASA () CALLE () ESCUELA () OTRO _____

Causa de muerte. _____

Lugar del hallazgo. _____

Tiempo transcurrido entre el deceso y saber o darse cuenta de ello. _____

Persona en enterarse primero del deceso. _____

Relación entre la víctima y el agresor. _____

Delito cometido. _____

Accidental. SI () NO ()

PADRES:

Padre. Edad: _____ años. Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Religiosa ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Lic. () Técnico () Otro ()

Ocupación. _____ Originario. _____

Vivienda. _____ Del. _____

Madre. Edad: _____ años. Estado civil: Soltera () Casada () Unión libre () Religiosa ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Lic. () Técnico () Otro ()

Ocupación. _____ Originaria. _____

Vivienda. _____ Del. _____

TUTOR O RESPONSABLE PRIMARIO DEL NIÑO (EN CASO DE QUE NO SEA ALGUNO DE LOS PADRES).

Edad: _____ años Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Religiosa ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Lic. () Técnico () Otro ()

Ocupación. _____ Originario. _____

Vivienda. _____ Del. _____

Agresor Identificado. SI () NO ()

Algún parentesco. SI () NO () Cual. _____

Observaciones:

APÉNDICE B

<i>CATÁLOGO DE CAUSAS DE MUERTE DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE DEL DISTRITO FEDERAL (SEMEFO).</i>	
NUMERO.	CAUSA DE MUERTE.
1	Atropellado.
2	Enfermedad.
3	Asalto o robo.
4	Caída 2 (escalera, azotea).
5	Aborto consecutivo o traumatismo.
6	Colisión de vehículo.
7	Hundimiento.
8	Asfixia.
9	Líquido caliente (agua).
10	Fuego directo.
11	Líquido flamable.
12	Problemas psiquiátricos conductuales.
13	Explosión con gas.
14	Imprudencial.
15	Volcadura sin explosión.
16	Electrocución.
17	Prensado.
18	Derrumbe.
19	Caída 1 (a nivel del piso).
20	Caída 3 (barranca, 3 o más metros).
21	Aborto y sus complicaciones.
22	Fuga de gas.
23	Violación con robo.
24	Violación sin robo.
25	Indigente.
26	Riña por incidente de tránsito.
27	Mordedura de rata.
28	Intoxicación por elementos químicos.
29	Bala perdida.
30	Cocainómano.
31	Riña por deuda económica.
32	Riña por disputa de tenencia de tierras.
33	Riña por insulto.
34	Golpe con objeto.

35	Intoxicación con alimentos.
36	Explosión con pólvora.
37	Explosión con solventes químicos.
38	Explosión con gasolina.
39	Volcadura con explosión.
40	Secuestro.
41	Asaltante.
42	Perdida de miembro por riña o intento de homicidio.
43	Violencia física intrafamiliar.
44	Niño maltratado sin violación por padre o madre.
45	Niño maltratado sin violación por padrastro o madrastra.
46	Niño maltratado sin violación por otros.
47	Niño maltratado con violación por padre o madre.
48	Niño maltratado con violación por padrastro o madrastra.
49	Niño maltratado con violación por otros.
50	Intoxicación con alcohol.
51	Intoxicación con monóxido de carbono.
52	Riña conyugal por celos u observación de celosía.
53	Riña conyugal por penuria económica.
54	Riña conyugal por deuda económica.
55	Disparo accidental.
56	Médico u hospitalaria mala práctica.
57	Médico hospitalario iatrogénico.
58	Accidente por desplome o caída de objeto.
59	Accidente por arrastramiento o caída de cuadrúpedo.
60	Accidente por aplastamiento.
61	Golpe accidental por objeto mecánico.
62	Intoxicación por combustible quemado.
63	Caída a cisterna, bote con agua, arroyo, canal.
64	Aborto provocado.
65	Amputación por enfermedad.
66	Picadura de abeja.
67	Intoxicación por drogas.
68	Quemaduras por ácido.
69	Intoxicación por ingesta de veneno, organoclorofosforados.
70	Arrastramiento por lluvia.
71	Caída por intoxicación alcohólica.
72	Jugando.

73	Explosión de bolsa de aire.
74	Intento de suicidio.
75	Falta de cuidados postnatales.
76	Intoxicación con solventes.
77	Parto fornito.
78	Intoxicación por fármacos.
79	Tiroteo x operativo x la policía.
80	Intoxicación con líquido corrosivo.
81	Accidente por objeto cortante.
82	Mordedura de perro.
83	Síndrome del niño maltratado.
84	Colisión e incendio de vehículo.
85	Problemas sentimentales.
86	Machacamiento.
87	Problemas familiares.
88	Enfermedad deposito DIF.
89	Venganza.
90	Depresión.
91	No hay causa especificada
92	Caída de vehículo en movimiento.
93	Problemas económicos.
94	Indeterminable o se ignora.
95	Intento de fuga.
96	Golpe accidental por objeto cortó contúndete.
97	Choque contra jardinera (barra de contención).
98	Colisión con tren.
99	Caída de rayo.

Nota: Dentro del SEMEFO la causa de muerte se identifica por el número.

APÉNDICE C

<i>CAUSAS DE MUERTE, DATOS 2000-2004.</i>	
CATEGORÍA DEL SEMEFO	NUEVA CATEGORÍA.
(5) Aborto consecutivo o traumatismo (21) Aborto y sus complicaciones (64) Aborto provocado	<i>ABORTOS</i>
(8) Asfixia	<i>ASFIXIA</i>
(29) Bala perdida	<i>BALA PERDIDA</i>
(4) Caída 2 (escalera, azotea) (19) Caída 1 (a nivel del piso) (20) Caída 3 (barranca, 3 o más metros) (59) Accidente por arrastramiento o caída de cuadrúpedo (63) Caída a cisterna, bote con agua, arroyo, canal	<i>CAÍDAS</i>
(34) Golpe con objeto (58) Accidente por desplome o caída de objeto (61) Golpe accidental por objeto mecánico (81) Accidente por objeto cortante (96) Golpe accidental por objeto cortó contundente	<i>GOLPE CON OBJETO</i>
(1) Atropellado (6) Colisión de vehículo (15) Volcadura sin explosión (60) Accidente por aplastamiento (86) Machacamiento (92) Caída de vehículo en movimiento (97) Choque contra jardinera (barra de contención)	<i>HECHOS DE TRÁNSITO</i>
(3) Asalto o robo (19) Caída 1 (a nivel del piso) ¹ (24) Violación sin robo (33) Riña por insulto (36) Explosión con pólvora ² (40) Secuestro (46) Niño maltratado sin violación por otros (49) Niño maltratado con violación por otros (55) Disparo accidental (56) Médico u hospitalaria mala práctica (57) Médico hospitalario iatrogénico (78) Intoxicación por fármacos ³ (87) Problemas familiares ⁴ (89) Venganza (93) Problemas económicos ⁵ (94) Indeterminable o se ignora ⁶	<i>HOMICIDIO</i>
(43) Violencia física intrafamiliar (44) Niño maltratado sin violación por padre o madre (45) Niño maltratado sin violación por padrastro o madrastra (47) Niño maltratado con violación por padre o madre (48) Niño maltratado con violación por padrastro o madrastra (75) Falta de cuidados postnatales	

¹ El expediente menciona a diferencia de las demás caídas a nivel del piso que esta fue provocada y calificada como homicidio.

² El expediente señala la intencionalidad, calificada como homicidio.

³ El expediente señala la intencionalidad, calificada como homicidio.

⁴ En el expediente solo se menciona que por problemas familiares ocurre el homicidio.

⁵ En el expediente solo se menciona que por problemas económicos ocurre el homicidio.

⁶ En el expediente no hay ninguna especificación de la muerte, solo que se trató de un homicidio.

(83) Síndrome del niño maltratado	
(94) Indeterminable o se ignora (72) Jugando	INDETERMINABLE
(28) Intoxicación por elementos químicos (51) Intoxicación con monóxido de carbono (69) Intoxicación por ingesta de veneno, organoclorofosforados (78) Intoxicación por fármacos (80) Intoxicación con líquido corrosivo	INTOXICACIÓN
(27) Mordedura de rata (82) Mordedura de perro	MORDEDURAS
(9) Líquido caliente (agua) (10) Fuego directo (13) Explosión con gas (16) Electrocutión (22) Fuga de gas (36) Explosión con pólvora (68) Quemaduras por ácido (99) Caída de rayo	QUEMADURAS
(18) Derrumbe	SINIESTROS
(87) Problemas familiares ⁷ (90) Depresión (94) Indeterminable o se ignora ⁸	SUICIDIO
(2) Enfermedad (7) Hundimiento (11) Líquido inflamable (12) Problemas psiquiátricos conductuales (17) Prensado (23) Violación con robo (25) Indigente (26) Riña por incidente de tránsito (27) Mordedura de rata (30) Cocainómano (31) Riña por deuda económica (32) Riña por disputa de tierras (35) Intoxicación con alimentos (37) Explosión con solventes químicos (38) Explosión con gasolina (39) Volcadura con explosión (41) Asaltante (42) Pérdida de miembro por riña o intento de homicidio (43) Violencia física intrafamiliar (50) Intoxicación con alcohol (52) Riña conyugal por celos u observación de celosía (53) Riña conyugal por penuria económica (54) Riña conyugal por deuda económica (62) Intoxicación por combustible quemado (65) Amputación por enfermedad (66) Picadura de abeja (67) Intoxicación por drogas (70) Arrastramiento por lluvia (71) Caída por intoxicación alcohólica (73) Explosión de bolsa de aire (74) Intento de suicidio (76) Intoxicación con solventes (77) Parto Fornito (79) Tiroteo x operativo x la policía (84) Colisión e incendio de vehículo (85) Problemas sentimentales (88) Enfermedad depósito DIF (95) Intento de fuga (98) Colisión con tren	<i>Categorías que no se presentaron en el estudio y que forman parte de las categorías del SEMEFO</i>

⁷ Esta categoría del SEMEFO, la vamos a encontrar tanto en el apartado de homicidio como en el de suicidio, porque de esta manera se encuentra detallada dentro del expediente.

⁸ El expediente no relaciona el suicidio con alguna razón en particular.

APÉNDICE D

<i>CAUSAS DE MUERTE, CON ESPECIFICACIONES(*), DEL 2005⁹</i>	
CATEGORÍA Y SUBCATEGORIAS DEL SEMEFO	NUEVA CATEGORÍA
(5) Aborto consecutivo o traumatismo Conjunto de traumatismos en cráneo, cuello y tórax* (21) Aborto y sus complicaciones Expulsión prematura del útero* (64) Aborto provocado**	<i>ABORTOS</i>
(8) Asfixia Asfixia neo-natorum* Asfixia por obstrucción de vías aéreas por paso de contenido gástrico* Asfixia por sofocación por obstrucción de orificios respiratorios* Asfixia por sofocación por obstrucción de vías aéreas por paso de contenido gástrico*	<i>ASFIXIA</i>
(4) Caída 2 (escaleras, azotea) Traumatismo cráneo encefálico por caída de 2 metros* Traumatismo cráneo encefálico por caída de bicicleta* Traumatismo cráneo encefálico por caída de litera* Traumatismo cráneo encefálico por caída de la cama* Traumatismo cráneo encefálico por caída* Traumatismo cráneo encefálico por caída de lavadero* Traumatismo cráneo encefálico por caída de azotea* Traumatismo cráneo encefálico por caída de escaleras* (19) Caída 1 (a nivel del piso) Traumatismo cráneo encefálico por caída a nivel del piso* (20) Caída 3 (barranco, 3 o más metros) Conjunto de traumatismos por caída a barranco* Traumatismo abdominal por caída de árbol* (59) Accidente por arrastramiento o caída de cuadrúpedo Traumatismo cráneo encefálico por caída de caballo* (63) Caída a cisterna, bote con agua, arroyo, canal Asfixia por sumersión por caída dentro de un canal* Asfixia por sumersión por caída alberca* Asfixia por sumersión dentro de tambo con agua* Asfixia por sumersión por caída a cisterna* Asfixia por sumersión por caída dentro de pileta*	<i>CAÍDAS</i>
(34) Golpe con objeto** (58) Accidente por desplome o caída de objeto Conjunto de traumatismos por caída de objetos* Traumatismo cráneo encefálico por caída de objeto* (61) Golpe accidental por objeto mecánico** (81) Accidente por objeto cortante ** (96) Golpe accidental por objeto cortó contundente Herida por mecanismo cortó contundente en tórax*	<i>GOLPE CON OBJETO</i>
(1) Atropellado Conjunto de traumatismos por atropellamiento* Asfixia neo-natorum por atropellamiento* Traumatismo abdominal por atropellamiento* Traumatismo cráneo cervico torácico por atropellamiento* Traumatismo cráneo encefálico por accidente automovilístico* Traumatismo cráneo encefálico por atropellamiento* Traumatismo cráneo encefálico cervico médular por atropellamiento* Traumatismo cráneo facial y raqueal por atropellamiento* (6) Colisión de vehículo Traumatismo cráneo encefálico por colisión de vehículo* (15) Volcadura sin explosión** (60) Accidente por aplastamiento**	<i>HECHOS DE TRÁNSITO</i>

⁹ En el año 2005 las especificidades quedaron establecidas por el SEMEFO con base en las necropsias, a las cuales no se tuvo acceso en los años anteriores.

<p>(86) Machacamiento** (92) Caída de vehículo en movimiento** (97) Choque contra jardinera (barra de contención)**</p>	
<p>(3) Asalto o robo (8) Asfixia Asfixia neo-natorum* por homicidio Asfixia por estrangulamiento* Traumatismo craneo encefálico y asfixia por estrangulamiento* Asfixia por sofocación por compresión torácico abdominal* Asfixia por sofocación por obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño* (19)Caída 1(a nivel del piso)** (24) Violación sin robo** (29) Bala perdida Herida por proyectil de arma de fuego en cavidad craneana* Herida por proyectil de arma de fuego* (33) Riña por insulto** (40) Secuestro** (46) Niño maltratado sin violación por otros Conjunto de traumatismos mortales* (49) Niño maltratado con violación por otros** (51) Intoxicación con monóxido de carbono (55) Disparo accidental ** (56) Médico u hospitalaria mala práctica ** (57) Médico hospitalario iatrogénico** (69) Intoxicación por ingesta de veneno, organoclorofosforados Intoxicación por fosforados (veneno de rata)* (78) Intoxicación por fármacos (81) Accidente por objeto cortante Conjunto de traumatismos por instrumento punzo cortante* Herida por instrumento punzo cortante en abdomen* (87) Problemas familiares** (89) Venganza** (93) Problemas económicos**</p>	<p>HOMICIDIO</p>
<p>(43) Violencia física intrafamiliar** (44) Niño maltratado sin violación por padre o madre** (45) Niño maltratado sin violación por padrastro o madrastra** (47) Niño maltratado con violación por padre o madre** (48) Niño maltratado con violación por padrastro o madrastra** (75) Falta de cuidados postnatales Congestión visceral generalizada* Asfixia neo-natorum por falta de cuidados postnatales* (83) Síndrome del niño maltratado Traumatismo craneo encefálico*</p>	
<p>(28) Intoxicación por elementos químicos** (51) Intoxicación con monóxido de carbono (69) Intoxicación por ingesta de veneno, organoclorofosforados** (78) Intoxicación por fármacos** (80) Intoxicación con líquido corrosivo**</p>	<p>INTOXICACIÓN</p>
<p>(27) Mordedura de rata** (82) Mordedura de perro Traumatismo torácico a causa de mordedura de perro*</p>	<p>MORDEDURAS</p>
<p>(9) Líquido caliente (agua) Quemaduras con agua* (10) Fuego directo Complicaciones por conjunto de quemaduras* Por conjunto de quemaduras* Quemaduras por fuego directo e intoxicación con monóxido de carbono* Quemaduras por fuego directo* (13) Explosión con gas** (16) Electrocuación Traumatismo craneo encefálico y quemaduras por electrocuación* (22) Fuga de gas** (36) Explosión con pólvora**</p>	<p>QUEMADURAS</p>

(68) Quemaduras por ácido** (99) Caída de rayo**	
(4) Caída 2 (escaleras, azotea) Conjunto de traumatismos por caída de azotea* (8) Asfixia Asfixia por ahorcamiento* (87) Problemas familiares** (90) Depresión**	SUICIDIO
CATEGORÍAS QUE NO SE REGISTRARON DURANTE EL 2005 Y SI EN LOS AÑOS ANTERIORES	
(29) Bala perdida	BALA PERDIDA
(94) Indeterminable o se ignora (72) Jugando	INDETERMINABLE
(18) Derrumbe	SINIESTROS
(2) Enfermedad (7) Hundimiento (11) Líquido inflamable (12) Problemas psiquiátricos conductuales (17) Prensado (23) Violación con robo (25) Indigente (26) Riña por incidente de tránsito (27) Mordedura de rata (30) Cocainómano (31) Riña por deuda económica (32) Riña por disputa de tierras (35) Intoxicación con alimentos (37) Explosión con solventes químicos (38) Explosión con gasolina (39) Volcadura con explosión (41) Asaltante (42) Pérdida de miembro por riña o intento de homicidio (43) Violencia física intrafamiliar (50) Intoxicación con alcohol (52) Riña conyugal por celos u observación de celosía (53) Riña conyugal por penuria económica (54) Riña conyugal por deuda económica (62) Intoxicación por combustible quemado (65) Amputación por enfermedad (66) Picadura de abeja (67) Intoxicación por drogas (70) Arrastramiento por lluvia (71) Caída por intoxicación alcohólica (73) Explosión de bolsa de aire (74) Intento de suicidio (76) Intoxicación con solventes (77) Parto Fornito (79) Tiroteo x operativo x la policía (84) Colisión e incendio de vehículo (85) Problemas sentimentales (88) Enfermedad depósito DIF (95) Intento de fuga (98) Colisión con tren	Categorías que no se presentaron en el estudio y que forman parte de las categorías del SEMEFO

(**) Estas categorías del SEMEFO, estuvieron presentes en los registros del 2000-2004, pero no aparecieron durante el 2005.

APÉNDICE E

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL DE 0 A 12 AÑOS.						
AÑO 2000.						
RECATEGORIA DE LAS CAUSAS DE MUERTE*.	Masculino**.		Femenino**.		Total.	
	Nº	% Anual.	Nº	% Anual	Nº	% Anual.
Abortos.	46	10.72	54	12.58	100	23.31
Asfixia.	43	10.02	27	6.29	70	16.31
Bala perdida.	1	.23			1	.23
Caidas.	37	8.62	36	8.39	73	17.01
Golpe con objeto.	4	.93	1	.23	5	1.16
Hechos de transito.	47	10.95	22	5.12	69	16.08
Homicidio.	67	15.61	19	4.42	86	20.04
Indeterminable.	3	.69	1	.23	4	.46
Intoxicación.	3	.69	1	.23	4	.93
Mordeduras.	1	.23			1	.23
Quemaduras.	10	2.33	4	.93	14	3.26
Siniestros.	--	--	--	--	--	--
Suicidio.	2	.46			2	.46
Total.	264	61.47	165	38.41	429	99.94

* Apéndice C.

** Datos de los registros anuales del SEMEFO por sexo.

APÉNDICE E₁

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL DE 0 A 12 AÑOS.						
AÑO 2001.						
RECATEGORIA DE LAS CAUSAS DE MUERTE*.	Masculino**.		Femenino**.		Total.	
	Nº	% Anual.	Nº	% Anual	Nº	% Anual.
Abortos.	50	11.38	53	12.07	103	23.46
Asfixia.	63	14.35	51	11.61	114	25.96
Bala perdida.	1	.22			1	.22
Caidas.	34	7.74	20	4.55	54	12.30
Golpe con objeto.	3	.68	2	.45	5	1.13
Hechos de transito.	43	9.79	29	6.6	72	16.4
Homicidio.	28	6.37	22	5.01	50	11.38
Indeterminable.	4	.91	2	.45	6	1.36
Intoxicación.	6	1.36	7	1.59	13	2.96
Mordeduras.	--	--	--	--	--	--
Quemaduras.	7	1.59	8	1.82	15	3.41
Siniestros.	1	.22			1	.22
Suicidio.	5	1.13			5	1.13
Total.	245	55.73	194	44.13	439	99.93

* Apéndice C.

** Datos de los registros anuales del SEMEFO por sexo.

APÉNDICE E₂

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL DE 0 A 12 AÑOS.						
AÑO 2003.						
RECATEGORIA DE LAS CAUSAS DE MUERTE*	Masculino**		Femenino**		Total.	
	Nº	% Anual.	Nº	% Anual	Nº	% Anual.
Abortos.	59	14.11	50	11.96	109	26.07
Asfixia.	42	10.04	35	8.37	77	18.42
Bala perdida.	1	.23	2	.47	3	.71
Caídas.	39	9.33	22	5.26	61	14.59
Golpe con objeto.	4	.95	1	.23	5	1.19
Hechos de transito.	46	11	26	6.22	72	17.22
Homicidio.	34	8.13	25	5.98	59	14.11
Indeterminable.	4	.95	3	.71	7	1.67
Intoxicación.	3	.71	6	1.43	9	2.15
Mordeduras.	--	--	--	--	--	--
Quemaduras.	3	.71	4	.95	7	1.67
Siniestros.			1	.23	1	.23
Suicidio.	8	1.91			8	1.91
Total.	243	58.05	175	41.79	418	99.91

* Apéndice C.

** Datos de los registros anuales del SEMEFO por sexo.

APÉNDICE E₃

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL DE 0 A 12 AÑOS.						
AÑO 2004.						
RECATEGORIA DE LAS CAUSAS DE MUERTE*	Masculino**		Femenino**		Total.	
	Nº	% Anual.	Nº	% Anual	Nº	% Anual.
Abortos.			1	.54	1	.54
Asfixia.	24	12.97	11	5.94	35	18.91
Bala perdida.	--	--	--	--	--	--
Caídas.	34	18.37	8	4.32	42	22.70
Golpe con objeto.	1	.54	2	1.08	3	1.62
Hechos de transito.	36	19.45	17	9.18	53	28.64
Homicidio.	9	4.86	16	8.64	25	13.51
Indeterminable.	3	1.62	1	.54	4	2.16
Intoxicación.	1	.54			1	.54
Mordeduras.	--	--	--	--	--	--
Quemaduras.	8	4.32	10	5.4	18	9.72
Siniestros.	--	--	--	--	--	--
Suicidio.	2	1.08	1	.54	3	1.62
Total.	118	63.75	67	36.18	185	99.96

* Apéndice C.

** Datos de los registros anuales del SEMEFO por sexo.

APÉNDICE E₄

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL DE 0 A 12 AÑOS.						
AÑO 2005.						
RECATEGORIA DE LAS CAUSAS DE MUERTE*.	Masculino**.		Femenino**.		Total.	
	Nº	% Anual.	Nº	% Anual.	Nº	% Anual.
Abortos.	4	2.18	1	.54	5	2.73
Asfixia.	29	15.84	27	14.75	56	30.6
Bala perdida.	--	--	--	--	--	--
Caídas.	24	13.11	15	8.19	39	21.31
Golpe con objeto.	3	1.63	1	.54	4	2.18
Hechos de tránsito.	17	9.28	19	10.38	36	19.67
Homicidio.	18	9.83	9	4.91	27	14.75
Indeterminable.	--	--	--	--	--	--
Intoxicación.	1	.54	--	--	1	.54
Mordeduras.	--	--	1	.54	1	.54
Quemaduras.	4	2.18	1	.54	5	2.73
Siniestros.	--	--	--	--	--	--
Suicidio.	3	1.63	6	3.27	9	4.91
Total.	103	56.28	80	43.71	183	99.94

* Apéndice D.

** Datos de los expedientes anuales del SEMEFO por sexo del 1 de Enero al 26 de Octubre.

APÉNDICE E₅

CAUSAS DE MUERTE EN INFANTES DE 0 A 12 AÑOS DURANTE EL 2005.									
RECATEGORIA DE LAS CAUSA DE MUERTE	EDAD DE MUERTE								TOTAL
	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Aborto.	4 (2.1%)	1 (.5%)							5 (2.7%)
Asfixia.	28 (15.3%)	26 (14.2%)		1 (.5%)	1 (.5%)				56 (30.6%)
Bala perdida.	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Caídas.	12 (6.5%)	9 (4.9%)	8 (4.3%)	3 (1.6%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	39 (21.3%)
Golpe con objeto.			2 (1%)	1 (.5%)	1 (.5%)				4 (2%)
Hechos de tránsito.	3 (1.6%)	4 (2.1%)	4 (2.1%)	6 (3.2%)		2 (1%)	10 (5.4%)	7 (3.8%)	36 (19.6%)
Homicidio.	13 (7.1%)	5 (2.7%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	1 (.5%)	1 (.5%)	27 (14.7%)
Indeterminable.	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Intoxicación.			1 (.5%)						1 (.5%)
Mordeduras.				1 (.5%)					1 (.5%)
Quemaduras.	3 (1.6%)			1 (.5%)			1 (.5%)		5 (2.73%)
Siniestros.	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Suicidio.					1 (.5%)		2 (1%)	6 (3.27%)	9 (4.91%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

APÉNDICE F

LUGAR DE LOS HECHOS EN MENORES DE 0 A 12 AÑOS, CASOS TOTALES												
	2000		2001		2003		2004		2005		Total.	
	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>
Dentro del Hogar	96 5.8%	73 4.4%	96 5.8%	68 4.1%	98 5.9%	62 3.7%	70 4.2%	33 1.9%	61 3.6%	43 2.5%	421 25.4%	279 16.8%
En Vía Pública	62 3.7%	23 1.3%	48 2.9%	36 2.1%	50 3%	28 1.6%	37 2.2%	17 1%	26 1.5%	25 1.5%	223 13.4%	129 7.7%
Dentro del Servicio Público	17 1%	14 0.8%	33 1.9%	30 1.8%	14 0.8%	22 1.3%			4 0.2%	5 0.3%	68 4.1%	71 4.2%
Dentro de la escuela	1 .06%	1 .06%	2 0.1%		5 0.3%	2 0.1%			3 0.1%	1 .06%	11 0.6%	4 0.2%
Trabajo de la Madre										1 .06%		1 .06%
Fiesta en alberca									1 .06%		1 .06%	
Se ignora	88 5.3%	54 3.2%	66 3.9%	60 3.6%	76 4.5%	61 3.6%	11 0.6%	17 1%	8 0.4%	5 0.3%	249 15%	197 11.9%
Total por género	264 15.9%	165 9.9%	245 14.8%	194 11.7%	243 14.6%	175 10.5%	118 7.1%	67 4%	103 6.2%	80 4.8%	973 58.8%	681 41.1%
Total por edad	429 (25.9%)		439 (26.5%)		418 (25.2%)		185 (11.1%)		183 (11%)		1654	

Nota: Las categorías están basadas en la clasificación del SEMEFO y en la información recopilada de los expedientes.

APÉNDICE G

<i>Lugar de los hechos de menores de 0 a 12 años durante el 2005.</i>									
<i>Lugar de los hechos</i>	<i>EDAD DE MUERTE</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Dentro del Hogar	44 (24%)	26 (14.2%)	8 (4.3%)	8 (4.3%)	6 (3.2%)	2 (1%)	3 (1.6%)	7 (3.8%)	104 (56.8%)
En vía publica	9 (4.9%)	9 (4.9%)	5 (2.7%)	7 (3.8%)		2 (1%)	12 (6.5%)	7 (3.8%)	51 (27.8%)
Dentro del servicio publico	3 (1.6%)	4 (2.1%)	1 (.5%)					1 (.5%)	9 (4.9%)
Dentro de la escuela	1 (.5%)	1 (.5%)	1 (.5%)				1 (.5%)		4 (2.1%)
Trabajo de la madre.		1 (.5%)							1 (.5%)
Fiesta en alberca.			1 (.5%)						1 (.5%)
Sin datos.	6 (3.2%)	4 (2.1%)	1 (.5%)		1 (.5%)	1 (.5%)			13 (7.1%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: La clasificación del lugar de los hechos esta basada en la información obtenida de los expedientes.

APÉNDICE G₁

<i>Lugar del hallazgo en menores de 0 a 12 años durante el 2005.</i>									
<i>Lugar del hallazgo</i>	<i>EDAD DE MUERTE</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
En vía publica	19 (10.3%)	18 (9.8%)	4 (2.1%)	4 (2.1%)	1 (.5%)	3 (1.6%)	9 (4.9%)	5 (2.7%)	63 (34.4%)
Dentro del Hogar	24 (13.1%)	13 (7.1%)	4 (2.1%)	4 (2.1%)	3 (1.6%)	1 (.5%)	2 (1%)	6 (3.2%)	57 (31.1%)
Dentro del servicio publico	17 (9.2%)	13 (7.1%)	7 (3.8%)	7 (3.8%)	2 (1%)	1 (.5%)	5 (2.7%)	4 (2.1%)	56 (30.6%)
Dentro de la escuela	1 (.5%)	1 (.5%)							2 (1%)
Sin datos	2 (1%)		2 (1%)		1 (.5%)				5 (2.7%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: El lugar de los hechos esta basada en la información obtenida por la misma investigación.

APÉNDICE G₂

<i>Primer persona en percatarse de la muerte del menor durante el 2005.</i>									
<i>Clasificación.</i>	EDAD DE MUERTE								TOTAL
	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Madre.	31 (16.9%)	19 (10.3%)	4 (2.1%)	9 (4.9%)	2 (1%)	2 (1%)	5 (2.7%)	4 (2.1%)	76 (41.5%)
Hermanos o tíos.	4 (2.1%)	2 (1%)	4 (2.1%)			1 (.5%)	4 (2.1%)	5 (2.7%)	20 (10.9%)
Padre.	3 (1.6%)	4 (2.1%)	3 (1.6%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	3 (1.6%)	1 (.5%)	19 (10.3%)
Ambos padres.	9 (4.9%)	7 (3.8%)	1 (.5%)		1 (.5%)	1 (.5%)			19 (10.3%)
Policías, bomberos o doctores.	6 (3.2%)	4 (2.1%)	1 (.5%)	1 (.5%)			2 (1%)	1 (.5%)	15 (8.1%)
Uno o ambos abuelos.	1 (.5%)	5 (2.7%)	3 (1.6%)	1 (.5%)	1 (.5%)		1 (.5%)	2 (1%)	14 (7.6%)
Otros.	4 (2.1%)	3 (1.6%)		1 (.5%)					8 (4.3%)
Vecinos.	3 (1.6%)			1 (.5%)				2 (1%)	6 (3.2%)
Maestros.	1 (.5%)	1 (.5%)	1 (.5%)				1 (.5%)		4 (2.1%)
Sin datos.	1 (.5%)				1 (.5%)				2 (1%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₃

<i>Edad de las madres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
<i>Edad de la madre.</i>	EDAD DE MUERTE DEL MENOR.								TOTAL
	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
15-20 años.	12 (6.5%)	9 (4.9%)		2 (1%)					23 (12.5%)
21-26 años.	18 (9.8%)	12 (6.5%)	2 (1%)	5 (2.7%)	2 (1%)	1 (.5%)			40 (21.8%)
27-32 años.	7 (3.8%)	5 (2.7%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	3 (1.6%)	2 (1%)	1 (.5%)	23 (12.5%)
33-38 años.	5 (2.5%)	3 (1.6%)	3 (1.6%)	2 (1%)			2 (1%)	6 (3.2%)	21 (11.4%)
39-44 años.	1 (.5%)	1 (.5%)	1 (.5%)		1 (.5%)		2 (1%)	1 (.5%)	7 (3.8%)
45-50 años.		1 (.5%)			1 (.5%)			1 (.5%)	3 (1.6%)
51-56 años.							1 (.5%)	2 (1%)	3 (1.6%)
Finada.	1 (.5%)							1 (.5%)	2 (1%)
Sin datos.	19 (10.3%)	14 (7.6%)	9 (4.9%)	4 (2.1%)	2 (1%)	1 (.5%)	9 (4.9%)	3 (1.6%)	61 (33.3%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₄

<i>Estado civil de las madres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
	EDAD DE MUERTE DEL MENOR.								
Estado civil.	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		TOTAL
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Unión libre.	18 (9.8%)	14 (7.6%)	2 (1%)	4 (2.1%)		2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	43 (23.4%)
Casada.	11 (6%)	7 (3.8%)	3 (1.6%)	4 (2.1%)	1 (.5%)	1 (.5%)	2 (1%)	4 (2.1%)	33 (18%)
Soltera.	9 (4.9%)	8 (4.3%)	1 (.5%)	2 (1%)	4 (2.1%)			3 (1.6%)	27 (14.7%)
Viuda.							1 (.5%)	3 (1.6%)	4 (2.1%)
Sin datos.	25 (13.6%)	16 (8.7%)	11 (6%)	5 (2.7%)	2 (1%)	2 (1%)	11 (6%)	4 (2.1%)	76 (41.5%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₅

<i>Escolaridad de las madres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
	EDAD DE MUERTE DEL MENOR.								
Escolaridad.	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		TOTAL
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Analfabeta.	1 (.5%)		1 (.5%)					1 (.5%)	3 (1.6%)
Primaria.	10 (5.4%)	3 (1.6%)		3 (1.6%)	2 (1%)				18 (9.8%)
Secundaria.	9 (4.9%)	11 (6%)	1 (.5%)	2 (1%)	1 (.5%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	29 (15.8%)
Bachillerato.	6 (3.2%)	3 (1.6%)			2 (1%)	1 (.5%)	2 (1%)		14 (7.6%)
Técnico.		1 (.5%)		1 (.5%)				2 (1%)	4 (2.1%)
Comercial.	1 (.5%)	1 (.5%)							2 (1%)
Licenciatura.	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)					2 (1%)	7 (3.8%)
Sin datos.	34 (18.5%)	24 (13.1%)	14 (7.6%)	9 (4.9%)	2 (1%)	2 (1%)	12 (6.5%)	9 (4.9%)	106 (57.9%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₆

<i>Ocupación de las madres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
EDAD DE MUERTE DEL MENOR.									
Ocupación.	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		TOTAL
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Hogar.	22 (12%)	18 (9.8%)	1 (.5%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	6 (3.2%)	2 (1%)	55 (30%)
Empleada.	11 (6%)	6 (3.2%)	3 (1.6%)	7 (3.8%)	3 (1.6%)	1 (.5%)		5 (2.7%)	36 (19.6%)
Sin datos.	30 (16.3%)	21 (11.4%)	13 (7.1%)	6 (3.2%)	2 (1%)	2 (1%)	10 (5.4%)	8 (4.3%)	92 (50.2%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₇

<i>Edad del padre de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
EDAD DE MUERTE DEL MENOR.									
Edad del padre.	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		TOTAL
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
17-22 años.	8 (4.3%)	6 (3.2%)	1 (.5%)	1 (.5%)					16 (8.7%)
23-28 años.	14 (7.6%)	11 (6%)	2 (1%)	3 (1.6%)			1 (.5%)		31 (16.9%)
29-34 años.	7 (3.8%)	4 (2.1%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	2 (1%)	1 (.5%)	1 (.5%)	20 (10.9%)
35-40 años.	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)		2 (1%)	3 (1.6%)	2 (1%)	14 (7.6%)
41-46 años.	4 (2.1%)	3 (1.6%)	2 (1%)	1 (.5%)				1 (.5%)	11 (6%)
47-52 años.	1 (.5%)	1 (.5%)					2 (1%)		4 (2.1%)
53-60 años.					1 (.5%)		1 (.5%)	1 (.5%)	3 (1.6%)
Finado.	1 (.55%)						1 (.5%)	3 (1.6%)	5 (2.7%)
Sin datos.	26 (14.2%)	18 (9.8%)	8 (4.3%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	1 (.5%)	7 (3.8%)	7 (3.8%)	79 (43.1%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₈

<i>Estado civil de los padres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
<i>Estado civil.</i>	<i>EDAD DE MUERTE DEL MENOR.</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Unión libre.	17 (9.2%)	13 (7.1%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	2 (1%)	1 (.5%)	2 (1%)	40 (21.8%)
Casado.	9 (4.9%)	9 (4.9%)	5 (2.7%)	4 (2.1%)	1 (.5%)	1 (.5%)	5 (2.7%)	2 (1%)	36 (19.6%)
Soltero.	2 (1%)		1 (.5%)						3 (1.6%)
Sin datos.	35 (19.1%)	23 (12.5%)	9 (4.9%)	9 (4.9%)	5 (2.7%)	2 (1%)	10 (5.4%)	11 (6%)	104 (56.8%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₉

<i>Escolaridad de los padres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
<i>Escolaridad.</i>	<i>EDAD DE MUERTE DEL MENOR.</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Primaria.	6 (3.2%)	4 (2.1%)	2 (1%)	1 (.5%)	1 (.5%)	1 (.5%)	1 (.5%)		16 (8.7%)
Secundaria.	13 (7.1%)	14 (7.6%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (.5%)	1 (.5%)	5 (2.7%)	2 (1%)	40 (21.8%)
Bachillerato.	1 (.5%)	2 (1%)	1 (.5%)	2 (1%)					6 (3.2%)
Técnico.		1 (.5%)							1 (.5%)
Licenciatura.	3 (1.6%)		3 (1.6%)	1 (.5%)		1 (.5%)			8 (4.3%)
Sin datos.	40 (21.8%)	24 (13.1%)	9 (4.9%)	9 (4.9%)	5 (2.7%)	2 (1%)	10 (5.4%)	13 (7.1%)	112 (61.2%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₁₀

<i>Ocupación de los padres de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
<i>Ocupación.</i>	<i>EDAD DE MUERTE DEL MENOR.</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	
Empleado.	25 (13.6%)	22 (12%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	3 (1.6%)	3 (1.6%)	5 (2.7%)	2 (1%)	72 (39.3%)
Desempleado.	1 (.5%)						1 (.5%)		2 (1%)
Pensionado.		1 (.5%)							1 (.5%)
Sin datos.	37 (20.2%)	22 (12%)	10 (5.4%)	10 (5.4%)	4 (2.1%)	2 (1%)	10 (5.4%)	13 (7.1%)	108 (59%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₁₁

<i>Clasificación de los hechos por parte de los padres de los menores fallecidos del 2005.</i>									
<i>Clasificación.</i>	<i>EDAD DE MUERTE</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	
Accidental.	37 (20.2%)	25 (13.6%)	10 (5.4%)	6 (3.2%)	3 (1.6%)	3 (1.6%)	6 (3.2%)	1 (.5%)	91 (49.7%)
No accidental.	26 (14.2%)	20 (10.9%)	7 (3.8%)	9 (4.9%)	4 (2.1%)	2 (1%)	9 (4.9%)	14 (7.6%)	91 (49.7%)
Sin datos.							1 (.5%)		1 (.5%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₁₂

<i>Agresor de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
<i>Clasificación.</i>	<i>EDAD DE MUERTE DEL MENOR.</i>								<i>TOTAL</i>
	<i>0-3 años.</i>		<i>3-6 años.</i>		<i>6-9 años.</i>		<i>9-12 años.</i>		
	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	<i>Mas.</i>	<i>Fem.</i>	
Agresor no identificado.	55 (30%)	38 (20.7%)	13 (7.1%)	9 (4.9%)	6 (3.2%)	5 (2.7%)	15 (8.1%)	13 (7.1%)	154 (84.1%)
Agresor identificado.	8 (4.3%)	7 (3.8%)	4 (2.1%)	6 (3.2%)	1 (.5%)		1 (.5%)	2 (1%)	29 (15.8%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.

APÉNDICE G₁₃

<i>Parentesco del agresor de los menores fallecidos durante el 2005.</i>									
EDAD DE MUERTE DEL MENOR.									
Clasificación.	0-3 años.		3-6 años.		6-9 años.		9-12 años.		TOTAL
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	
Sin parentesco.	52 (28.4%)	40 (21.8%)	16 (8.7%)	13 (7.1%)	6 (3.2%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	163 (89%)
Madre.	5 (2.7%)	2 (1%)		1 (.5%)					8 (4.3%)
Padrastro o madrastra.		1 (.5%)	1 (.5%)						2 (1%)
Padre.					1 (.5%)				1 (.5%)
Abuela.	1 (.5%)								1 (.5%)
Vecino.	1 (.5%)								1 (.5%)
Sin datos.	4 (2.1%)	2 (1%)		1 (.5%)					7 (3.8%)
Total por género.	63 (34.4%)	45 (24.5%)	17 (9.2%)	15 (8.1%)	7 (3.8%)	5 (2.7%)	16 (8.7%)	15 (8.1%)	183
Total por edad.	108 (59%)		32 (17.4%)		12 (6.5%)		31 (16.9%)		

Nota: Datos basados en expedientes del SEMEFO.