

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN
PACIENTES CON SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, EN MÉXICO, D. F.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA

ILIANA MUÑOZ ANDRADE

CON LA ASESORÍA DE

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MÉXICO, D.F.

JUNIO DE 2011



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 la Dra. Carmen L. Balseiro Almario asesora de esta Tesina, porque siempre con buen humor compartió conmigo los conocimientos de metodología que hicieron posible la realización de esta Tesina.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa durante estos 10 años, a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia a quien debo mi formación profesional y a cada uno de los profesores que me acompañó durante este largo camino.

Al Instituto Nacional de Pediatría por haberme brindado la oportunidad de ser una Especialista de Enfermería Infantil y así proporcionar los cuidados Especializados de Enfermería con calidad profesional.

A Mauro Heredia por ser el soporte técnico de esta Tesina por regalarme su trabajo y su tiempo desinteresadamente.

DEDICATORIAS

A mi padre Alfredo Muñoz por heredarme los hábitos que me permiten obtener las metas que me propongo y por ser la luz que guía mi andar. A mi madre Ma. Del Pilar Andrade, a quien simplemente debo cuanto soy.

A mamá Pita por 27 años de puro amor.

A mi hermana Renata Muñoz por ser en gran medida el soporte de esta Tesina, por el apoyo que siempre me ha dado y regalarme la oportunidad de llenar de amor a su pequeño Alfredo. A mi hermano Ángel Andrade por despertar cada día a la niña que vive en mí.

A mis tías Esther y Alma Rosa Andrade por ser los pilares en los que siempre apoyo mi vida.

A mis amigos Lorena Chora, Mauro Heredia, Ferdinando Hernández, Marco Andrade, Daniel Cano, Tania Valdez, Adriana Hernández, Oscar Torrescano y Raúl Orozco que con su amistad y apoyo invaluable permiten que el trayecto de vida sea más ameno y divertido.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
<u>1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA	7
1.4 UBICACIÓN DE LA TESINA	8
1.5 OBJETIVOS	9
1.5.1 General	9
1.5.2 Específicos.	9
<u>2. MARCO TEÓRICO</u>	10
1.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA INFANTIL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO	10
2.1.1 Conceptos básicos	10
- De Síndrome	10
- De maltrato	10
- De Síndrome de Niño Maltratado	11

2.1.2 Antecedentes históricos del Síndrome de Niño Maltratado	12
- En la antigüedad	12
- Surgimiento del concepto de “Niño Maltratado”	13
- Convención de los Derechos de los niños	14
2.1.3 Epidemiología del Síndrome de Niño Maltratado	15
- En el mundo	15
- En Europa	16
- En Asia	16
- En Estados Unidos de Norte América	17
- En México	17
- Por grupos sociales	18
2.1.4 Tipos de maltrato infantil	19
- Dentro de la familia	19
• Abuso físico	19
• Abuso sexual	20
• Abuso psicológico	21
• Abuso por negligencia	22
• Síndrome de Munchausen por poder	22
• Abuso fetal	24
• Alienación parental	25
• Niño abandonado	26
• Filicidio	26

- Tipos de maltrato social	27
• Maltrato étnico	27
• Ritualismo satánico	29
• Niños de la calle	31
• Niños en situación de guerra	32
• Niños migrantes	34
• Maltrato institucional	36
• Bullying	37
• Niños trabajadores	38
2.1.5 Factores de riesgo del Síndrome de Niño Maltratado	39
- De los padres	40
- De los niños	42
- Del ambiente	44
2.1.6 Características de la familia con Síndrome de Niño Maltratado	46
- Las familias funcionales	46
- Las familias disfuncionales	47
- Los abuelos	48
- Los padres	49
- Los niños	53
2.1.7 Sintomatología de Síndrome de niño maltratado	55
- Física	55
- Psicológica	57

- Efectos en las habilidades cognitivas	61
- Efectos en las relaciones sociales	62
2.1.8 Diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado	64
- Exploración física	64
- Pruebas de laboratorio y gabinete	66
- Datos clínicos	66
- Diagnóstico de Abuso sexual	67
- Diagnóstico diferencia	67
2.1.9 Tratamiento de Síndrome de Niño Maltratado	68
- Médico	69
- Tratamiento integral	69
• Apoyo de Trabajo social.	69
• Apoyo Psicológico	67
2.1.10 Intervenciones de Enfermería Especializada infantil en el Síndrome de Niño Maltratado.	72
- En la prevención	72
• Identificar a las familias en riesgo de maltrato infantil.	72
• Aplicar cuestionarios predictivos.	73
• Vigilar estrechamente a las madres de recién nacidos en familias de alto riesgo.	73

- Conocer la historia del embarazo de las mujeres. 74
- Promover la planificación familiar. 74
- Acercar a las familias de riesgo con instituciones de ayuda financiera y empleo 75
- Promover las guías para padres 75
- Fomentar programas que estimulen el apego temprano entre madre e hijo. 76
- Orientar a las familias sobre los factores que incrementan el riesgo de accidentes en casa. 76
- Informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la relación afectiva intrauterina. 77
- Reconocer y referir los casos de abuso contra la mujer. 77
- Implementar programas de orientación sobre el maltrato en escuelas. 78
- Fomentar la educación sexual desde la infancia. 79
- Realizar charlas informativas sobre drogodependencia. 80
- Explicar a las mujeres embarazadas hábitos saludables para su hijo no- nato 80
- Divulgar los derechos de los niños. 81

- En la atención	81
• Atender las lesiones y las enfermedades de transmisión sexual.	81
• Realizar una Historia Clínica minuciosa.	82
• Evaluar con un equipo multidisciplinario la posibilidad de estar ante un caso de maltrato infantil.	82
• Anotar las observaciones de enfermería.	83
• Adoptar una actitud constructiva hacia los padres y no juzgar.	83
• Hablar con los padres sobre los métodos de disciplina que han sido probados.	84
• Ayudar a los padres a descubrir las necesidades del niño.	84
• Ayudar a los padres a dominar su conducta dominante.	85
• Ayudar a reconocer los significados de las actitudes del niño.	85
• Animar a los padres a hablar sobre sus dudas.	86
- En la rehabilitación	86
• Proporcionar a los padres educación continua que mejore su autoestima.	86
• Plantear un programa de seguimiento.	86

• Hacer uso de felicitaciones en las evaluaciones de seguimiento.	87
• Buscar residencias de protección.	87
3. <u>METODOLOGÍA</u>	89
3.1 VARIABLES E INDICADORES	89
3.1.1 Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA INFANTIL EN EL SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO	89
- Indicadores de la variable	89
- En la prevención	89
- En la atención.	90
- Rehabilitación	91
3.1.2 Definición operacional. SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO	91
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable	97
3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA	98
3.2.1 Tipo	98
3.2.2 Diseño	99
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	100
3.3.1 Fichas de trabajo	100
3.3.2 Observación	100

4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	101
4.1 CONCLUSIONES	101
4.2 RECOMENDACIONES	105
5. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	113
6. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	130
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	140

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO NO. 1: DERECHOS DE LOS NIÑOS	114
ANEXO NO. 2: CLASIFICACIÓN DE FORMAS DE MALTRATO EN MENORES	117
ANEXO NO. 3: MODELO PSICOSOCIAL DE CAUSAS DE ABUSO DEL NIÑO	118
ANEXO NO. 4: CICLO DE VIOLENCIA DE LA AGRESIÓN.	119
ANEXO NO. 5: PADRES PATÓGENOS	120
ANEXO NO. 6: PRINCIPALES TIPOS DE LESIONES ENCONTRADOS EN EL NIÑO MALTRATADO	123
ANEXO NO. 7: INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL	124
ANEXO NO. 8: PROPUESTA DE UNA RUTA DE ATENCIÓN	125
ANEXO NO. 9: DETECCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO	129

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene como objetivo, analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Infantil en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría en México, D. F.

Para realización de esta investigación documental se desarrollaron siete capítulos que a continuación se mencionan: En el primer capítulo se presentan los Fundamentos del tema de Tesina, que hacen posible la descripción de la situación problema, así como la identificación del mismo, la justificación, la ubicación de tema de estudio y los objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se presenta el Marco teórico que sustenta la variable Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado. Esto se logró a partir del estudio y análisis de la información más relevante de autores connotados e involucrados con las medidas de atención de enfermería en niños maltratados. Esta información es necesaria para plantear con mayor claridad la problemática y los objetivos de esta investigación documental.

En el tercer capítulo se presenta la Metodología que muestra los indicadores de la variable Intervenciones de Enfermería en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. Adicionalmente se describe el diseño y tipo de estudio que se llevó a cabo a través de las técnicas e instrumentos de investigación utilizados, entre ellos: las fichas de trabajo y la observación.

En los últimos capítulos de esta investigación documental se dan a conocer las Conclusiones y Recomendaciones que se consideraron pertinentes; así como los anexos, apéndices, glosario de términos y las referencias bibliográficas, que se ubican dentro de los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Finalmente se busca a través de este documento contar con los elementos que apoyen las Intervenciones de la Especialista en Enfermería Infantil en la atención de Síndrome de Niño Maltratado, promoviendo cuidados de mayor calidad a los pacientes que lo presentan.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Instituto Nacional de Pediatría es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, coordinado sectorialmente por la Secretaría de Salud. Entre sus objetivos destacan: Coadyuvar a la consolidación del sistema Nacional de Salud, prestar servicios de salud de atención médica pediátrica especializada con criterios de gratuidad, realizar investigación científica para la salud en las distintas disciplinas de pediatría, capacitar y actualizar al personal profesional, técnico y auxiliar, difundir información técnica y científica en materia de pediatría, participar en actividades de asistencia social en beneficio de enfermos de escasos recursos económicos, realizar actividades de promoción a la salud y apoyar programas de salud pública.

El ahora Instituto Nacional de Pediatría inicia oficialmente sus actividades el 6 de Noviembre de 1970 con el nombre de Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, IMAN, bajo la dirección del Dr. Lázaro Benavides Vásquez.

La creación de esta Institución es impulsada porque el gobierno se veía preocupado por numerosos problemas médicos y sociales que

asolaban la vida de los niños y adolescentes de diversas formas. Así, el 19 de Agosto de 1968 inicia el Instituto sus actividades con el objetivo de establecer atención especializada infantil, casas cuna, internados y otros sitios dedicados al menor abandonado; la formación de recursos humanos profesionales, técnicos y la investigación.

El edificio fue diseñado por el arquitecto Ramírez Vázquez y fue el resultado de las visitas a diversos hospitales dentro y fuera del país con ayuda de la Enfermera Pediatra María Luisa Díaz Salas. En su interior se encuentran pinturas que los niños del mundo entregaron al país cuando se llevaron a cabo los Juego Olímpicos de 1968.¹

El Departamento de Enfermería se formó gracias a la misma Enfermera Pediatra María Luisa Salas y su grupo de colaboradoras, todas procedentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez. La creación del departamento se inició paralelamente a la construcción del edificio y colaboró con el diseño de diversas áreas y aportó el concepto global del Departamento en el que se resalta el uso de colores tanto en uniformes como en la ropa hospitalaria que contribuyó a conformar su imagen.

En 1971 se inician en el Instituto los Cursos Postécnicos en Enfermería Pediátrica y el de Enfermería Quirúrgica en 1973. En ese

¹ Lázaro Benavides. *El nacimiento del Instituto Nacional de Pediatría*. En Instituto Nacional de Pediatría 1970 – 2000. Ed. Instituto Nacional de Pediatría ediciones médicas. México, 2000. p 11

mismo año la Enfermera Pediátrica Victoria Ito Herlindo es nombrada Jefe del Departamento de Enfermería quien es sucedida en 1990 por la Enfermera Pediátrica Eva Sarabia y en 2006 por la Lic. Silvia Balbuena.

En 1984 conformaban la plantilla del personal del Departamento de enfermería 726 elementos.² Actualmente se integra por un total de 787 de las cuales sólo 30 profesionales tienen la clasificación de Enfermera Especialista a pesar de los años que lleva impartándose la Especialidad en Enfermería Infantil con un gran número de egresadas.³

Actualmente la Subdirección de Enfermería proporciona campo clínico a Instituciones de salud y Escuelas de enfermería, contribuyendo a la formación profesional de enfermeras especialistas, licenciadas y enfermeras técnicas, además de las prestadoras de servicio social. Algunos de estos especialistas son reclutados por el Instituto, pero todavía se requiere contar con mayor número de ellos por la atención especializada que amerita su población y para proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.

²Isabel Gómez *Departamento de Enfermería* En Instituto Nacional de Pediatría 1970 – 2000. Ed Instituto Nacional de Pediatría ediciones médicas. México, 2000. p 31

³ Instituto Nacional de Pediatría. *Plantilla de enfermería*. Subdirección de Enfermería. México, 2011. p 1

El Instituto cuenta con una Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado que surge en 1997 como una opción para enfrentar una patología médico – social – legal poco considerada en dentro de la pediatría que corresponde al Síndrome del Niño Maltratado.

Por ello es sumamente importante contar con personal de enfermería especializado que coadyuve en el tratamiento del Síndrome de Niño Maltratado y también a la prevención de esta patología, para evitar riesgos innecesarios a los pacientes. Por lo anterior, en esta Tesina se podrá definir en forma clara cual es la participación de la Enfermera Especialista Infantil para mejorar la situación de los pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación documental es:

¿Cuáles son las intervenciones de la Enfermera Especialista Infantil en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría, en México, D. F.?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

La presente investigación documental se justifica por varias razones:

En primer lugar se justifica porque México ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Según el informe elaborado por la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM), en el periodo comprendido entre 2006 y 2008 se registraron en el país 23 mil homicidios de niños y niñas de cero a 17 años.⁴

En segundo lugar esta investigación documental se justifica porque la Enfermera Especialista Infantil es pilar importante para conocer los factores de riesgo en el maltrato infantil en las familias y saber cómo actuar certeramente en el caso de confirmar esta situación tanto en el niño hospitalizado como en el que permanece en el ámbito familiar.

Por ello, en esta Tesina es necesario sustentar las bases de lo que la Enfermera Especialista debe realizar, a fin de proporcionar las medidas tendientes a disminuir la morbi- mortalidad infantil por Síndrome de Niño Maltratado.

⁴ El Economista. *México, primer lugar en violencia infantil: OCDE*. Tomado de El Economista. En internet en <http://eleconomista.com.mx>. México, 2010 p. 1 Consultado 24 de marzo de 2011

1.4 UBICACIÓN DE LA TESINA

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en: Enfermería, Pediatría, Psicología y Psiquiatría.

Se ubica en Enfermería, porque este personal siendo Especialista en el cuidado infantil son las primeras en detectar los datos de maltrato y las alteraciones en la interacción entre los padres y el niño. Además las enfermeras deben mejorar las condiciones de vida de los pacientes y salvaguardar su salud física y emocional. Por ello, la participación de la Enfermera Especialista es vital tanto en el aspecto preventivo, como en la atención y rehabilitación para evitar la morbi - mortalidad en estos niños.

Se ubica en Pediatría, ya que al Pediatra no solo le atañe la salud física del niño, sino también la salud emocional y la situación social que determinaran si el niño será capaz de alcanzar un desarrollo óptimo después de un evento de abuso.

Se ubica en Psicología, porque esta disciplina es la encargada de subsanar los daños emocionales causados por la violencia tanto en las víctimas del maltrato como en los agresores. De igual forma son los profesionales de la Psicología los que aporten la información que determine si los padres serán capaces, o no, de continuar con el cuidado de sus hijos después de que se dé el manejo correspondiente.

Se ubica en Psiquiatría, porque serán ellos los encargados de manejar los estados postraumáticos más severos en las víctimas de maltrato. De igual forma, la Psiquiatría tiene las técnicas y procedimientos necesarios para el manejo de las conductas de los agresores.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Síndrome de Niños Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría en México, D. F.

1.5.2 Específicos.

- Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermera Especialista infantil en el cuidado preventivo, de atención y de rehabilitación en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.
- Proponer diversas actividades que el personal de Enfermería Especializado debe llevar a cabo en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA INFANTIL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO

2.1.1 Conceptos básicos

- De Síndrome

El Síndrome es un complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen, en combinación, para presentar un cuadro clínico.⁵

- De Maltrato

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define maltrato como acción y efecto de maltratar entendiéndose como maltrato tratar mal a alguien de palabra u obra. Lo que nos da un concepto muy somero de lo que en realidad engloba la palabra maltrato.⁶

⁵ Mosby Diccionario médico. *Definición de Síndrome*. Ed Hancourt. 5ta ed. México, 2009. p. 1010

⁶ Real academia española. *Diccionario de la lengua española*. En internet <http://buscon.rae.es> Barcelona 2010. Consultado 5 de julio de 2011.

- De Síndrome de Niño Maltratado

María José Aguilar Cordero dice que el maltrato infantil es la expresión de un proceso de distorsión de la relación familiar y que no es el resultado de la conducta aislada de sus miembros. Se puede decir que es la manifestación de una disfunción en el sistema padres-niño-ambiente-cultura.⁷

Según Marta Díaz Gómez dice que el maltrato al niño se puede definir como cualquier acto que implique deliberación o, en contraposición, omisión o negligencia emanada de personas, instituciones e incluso sociedades que privan al niño de derechos y libertades e interfieren su óptimo desarrollo. Los problemas familiares como la drogodependencia de los padres, relaciones conflictivas etc., constituyen factores de riesgo de maltrato.⁸

Arturo Loredó define el maltrato como toda agresión u omisión intencional, física, sexual y emocional y / o negligencia: dentro o fuera del hogar, contra un menor, antes o después de nacer, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una

⁷María José Aguilar. *Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos*. Ed. Elsevier Science. Barcelona, 2003. p 942

⁸Marta Díaz – Gómez y Cols. *Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. Barcelona, 2006. p 187- 188

persona, institución o sociedad en función a su superioridad física o intelectual.⁹

2.1.2 Antecedentes históricos del Síndrome de Niño Maltratado

- En la antigüedad

El abuso al menor existe desde que los primeros pobladores del mundo dejaron de ser nómadas, es decir desde que la familia se constituyó como tal, y ha sido ejercido en todas las civilizaciones incluyendo las más brillantes como la griega, romana y mesopotámica.¹⁰ En la Biblia se hace referencia a dos matanzas de niños, la primera en la época de Moisés y la segunda en la del rey Herodes.

En las diversas etnias indígenas prehispánicas se sacrificaban a los adolescentes de uno u otro sexo, el objetivo básico no era el maltrato, sino que se le deseaba agrandar o agradecer a una deidad para que la comunidad obtuviera un beneficio colectivo.¹¹

⁹ Arturo Loredó. *Maltrato en niños y adolescentes*. Ed. Editores de textos mexicanos. México, 2004. p 27

¹⁰ Carlos Baeza y Cols. *Aspectos quirúrgicos del maltrato al menor*. En la revista Boletín Médico Hospital Infantil de México. Vol 55 No. 2. México 1998. p 98

¹¹ Arturo Loredó. *Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica*. En la revista Boletín Médico Hospital Infantil de México. Vol 58. México, 2001. p 206

Los hijos de los guerreros aztecas muertos en batalla eran acogidos por las damas ricas y/o de la nobleza por lo que el concepto de “mendigos” surge en México hasta después de la conquista lo que da pauta a la imposición de caridad que imperaba en Europa y que continuó hasta la Revolución Mexicana, motivada más por el temor religioso que por mejorar la calidad de vida en los niños huérfanos.¹²

Comienza el siglo XX con la consideración del niño como un objeto propiedad de sus padres, un adulto en miniatura, útil para el trabajo y la economía familiar. Gracias a los avances en la pedagogía y de la psicología el niño es considerado una persona diferente del adulto, en pleno desarrollo evolutivo de sus capacidades y con necesidades especiales.¹³

- Surgimiento del concepto de “Niño Maltratado”

El interés con respecto al maltrato en los niños surgió en 1962, cuando el Dr. Henrrie Kempe acuñó la frase “Síndrome de niño apaleado”¹⁴ A través de sus estudios Vincent Fontana establece que el maltrato y el descuido en el niño forman parte del mismo problema. Por supuesto, hay a menudo una diferencia entre el padre descuidado

¹² Id.

¹³ Antonio Sáenz. *Cuidados de enfermería en el maltrato infantil*. Universidad complutense de Madrid. Barcelona 2008. p 18

¹⁴ Marilyn Chow y Cols. *Manual de Enfermería Pediátrica*. Ed. Limusa. México, 1993. p 1001

y el que maltrata, y una comprensión de dicha diferencia es vital para tratar al padre y en último término, para salvar al niño; pero desde el punto de vista de este último ambas cosas constituyen maltrato. Así pues, se amplía el concepto de niño golpeado y se establece el de "Síndrome de Maltrato en los Niños".¹⁵

En 1963 se publica el informe de El Síndrome del Maltrato en los Niños en el New England Journal of Medicine.¹⁶ De hecho han tenido que pasar siglos para que los niños fueran considerados ciudadanos autónomos con derechos propios que los protegieran frente a la violencia, la explotación y el trato inadecuado.¹⁷

- Convención de los Derechos de los niños

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, de 1989 establece en su artículo 19 que: "Los Estados adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, 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

¹⁵ Vincent Fontana. *En defensa del niño maltratado*. Ed. Pax. México, 2003. p 59

¹⁶ Id.

¹⁷ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 187

tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.¹⁸ En esta convención se hace la Declaración de los Derechos de los Niños con diez principios básicos: su protección, sus beneficios, el derecho a la educación, al amor a la comprensión entre otras. (Ver Anexo No. 1: Derechos de los Niños).

2.1.3 Epidemiología del Síndrome de Niño Maltratado

- En el mundo

Las ganancias que arroja el tráfico ilegal de mujeres y niñas por el comercio sexual se estiman en 7 billones de dólares al año. Se estima que sería posible garantizar el acceso a la educación primaria de todos los niños del mundo con esa misma suma.¹⁹ Existe un estimado de 246 millones de niños que están siendo ocupados en labores infantiles, con cerca del 70 por ciento de ellos (alrededor de 171 millones) trabajando en condiciones de riesgo, incluyendo trabajos en minas y canteras, trabajos con químicos y pesticidas o con maquinaria peligrosa. África y Asia juntas cuentan con el 90% del total del trabajo infantil.²⁰ En el mundo son más de 300.000 los niños y niñas que siguen participando y luchando en conflictos armados.

¹⁸ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 193

¹⁹ Elena Azaloa. *Infancia Robada. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México*. Ed. UNICEF. México, 2000. p 150

²⁰ Sarahí Flores. *El 12% de los niños hondureños entre 5 y 17 años trabajan*. En internet hondudiarario. Periodico digital de Honduras. Tegucigalpa 2009. p 1. Consultado 24 de abril de 2011

Existen millones de menores que se ven obligados a ser refugiados o desplazados, que sufren los efectos de la guerra tanto física como psicológicamente.²¹

- En Europa

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que cada año mueren en Europa en torno a 3.500 niños de entre cero y 14 años a causa de la violencia (aunque no se denuncian todos los casos). En Alemania y en Reino Unido mueren cada día entre tres y cuatro niños por esta causa.²²

- En Asia

En el sur de Asia trabajan más de 100 millones de niños, de los que un 20% hacen jornadas de 13 horas diarias por un sueldo de entre 15 y 20 euros al mes.²³ En china Entre un 80 y un 95% de los niños sufre castigos corporales en el hogar, un tercio de ellos graves.

²¹ Derechos infancia México. *Los niños y la guerra*. En internet en www.derechosinfancia.org.mx. México, 2003. p 1 Consultado 27 de abril de 2011

²² Movimiento internacional de estudiantes evangélicos. *Europa no escapa del maltrato infantil*. En internet www.protestantedigital.com Barcelona, 2006. p 1 Consultado 1 de mayo de 2011.

²³ En buenas manos. *Explotación infantil*. En internet: www.enbuenasmanos.com México, 2011 p 1 Consultado 1 de mayo de 2011

Este delito tiene en común que se mantiene oculto por el miedo si es ejercida por padres y familiares, más en lugares donde el "honor" familiar está por encima de la seguridad y los derechos del niño.²⁴

- En Estados Unidos de Norte América

En los Estados Unidos se estima que de los 259, 000 a 500, 000 niños y adolescentes que son maltratados por sus padres o algún familiar cercano mueren, por lo menos 4, 000 de ellos.²⁵

-En México

Agencia Proceso (APRO) publica que de 2006 a 2008 se registraron en el país 23 mil homicidios de niños y niñas de cero a 17 años. En la región del centro del país los estados de México, Distrito Federal, Jalisco y Michoacán concentraron el mayor índice de muertes por homicidio con 77.7% de los casos. En esta misma región, en 2009 se reportaron un total de 14 mil denuncias de maltrato infantil, de las cuales en 7,798 casos (52.2%) se comprobó algún tipo de

²⁴ Marga Zambrana. *China publica por primera vez en la prensa datos sobre el maltrato infantil en la familia*. En internet en www.elmundo.es Barcelona, 2007. p 1 Consultado 1 de mayo de 2011

²⁵ Orientared. *Maltrato infantil*. En internet en: www.orientared.com. México, 2011. p1 Consultado el 1 de mayo de 2011

maltrato, pero sólo 1,667 (21.4%) fueron presentados ante el Ministerio Público.²⁶

La misma fuente reporta que de 2004 a 2008 se registraron en Chihuahua 40 asesinatos de pequeños de cero a cuatro años y 161 entre los que tenían de 15 a 17 años de edad. En este último rubro, el total nacional en este periodo ascendió a 1,442, en tanto que entre los de cero a cuatro años la cifra se colocó en 956.²⁷ Así la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) informa que de 32.49 millones de menores de 14 niños que actualmente habitan en el país, tres millones 14 mil 800 integran la tasa de ocupación infantil. Los sectores productivos en donde básicamente se concentra el trabajo infantil son el agropecuario con 42% y el comercial con 22%.²⁸

- Por grupos sociales

El perfil de las personas que responden afirmativamente al castigo físico como método disciplinario corresponde, en el primer caso a una mujer; de edad comprendida entre 30 y 40 años, con

²⁶ Agencia Proceso. *México: primer lugar en maltrato infantil en países de la OCDE*. En internet: <http://uri.oseri.net>. México, 2010. p 2. Consultado el día 22 de marzo de 2011.

²⁷ Id

²⁸ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Urgente abatir el trabajo infantil*. Comunicado de prensa. En internet: www.cndh.org.mx. México, 2011. p 2. Consultado el día 22 de marzo de 2011.

estudios primarios, conviviendo con una pareja, y pertenecientes a la clase social de obreros cualificados.²⁹

2.1.4 Tipos de maltrato infantil

La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud a través del Comité para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado (CEAINM) ha realizado una clasificación de los tipos de maltrato infantil, donde los cataloga como formas básicas, poco consideradas y poco conceptualizadas. (Ver Anexo No 2: Clasificación de formas de maltrato en menores)³⁰

Por fines prácticos en esta Tesina se presenta otra clasificación que divide el maltrato en familiar y social y los tipos que de ello se derivan. A continuación se hace una descripción de cada uno de estos tipos.

- Dentro de la familia

- Abuso físico

²⁹ Antonio Sáenz. Op Cit. p 62

³⁰ Arturo Loredó. *Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México*. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. En Acta Pediátrica. México, 2010. p 4

María José Aguilar Cordero dice que el abuso físico es cualquier acción no accidental, provocada por los padres, cuidadores u otras personas cercanas al menor y que da lugar a daños físicos o enfermedades.³¹ Este abuso puede ser producido por medios: físicos y químicos. En los primeros se pueden provocar lesiones en la piel y las mucosas, fracturas, lesiones en SNC, tronco y vísceras. Respecto a los medios químicos, el más común es la administración de sobredosis de sedantes que producen cambios en el nivel de conciencia, somnolencia y confusión que puede llevar al niño hasta el estado de coma.³²

- Abuso sexual

El abuso sexual puede ocurrir en la familia o fuera de ella. Cuando se da dentro de ella se le considera incesto. Julián de Ajuriaguerra declara que el paso de la naturaleza a la cultura se da a partir de la prohibición del incesto.³³ Pero David Finkelhor asegura que la represión y la segregación sexual bien pueden fomentar un ambiente donde este tipo de desviación sea más común. Si los hombres, debido a su educación, se sienten inhibidos a relacionarse sexualmente con las mujeres, pueden expresar sus impulsos sexuales con niños más jóvenes que resultan menos amenazantes y más

³¹ María Aguilar Op. Cit. p 943

³² Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 187 – 188

³³ Julián de Ajuriaguerra. *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Toray-masson. 4ta ed. Barcelona, 2007. p 951

accesibles.³⁴ El incesto genera en la víctima sentimientos de culpa que pueden dificultar el desarrollo sexual posterior, produciendo desajustes psicológicos difíciles de corregir.³⁵

La pedofilia o paidofilia, describe Marta Díaz- Gómez es la predilección por parte de un adulto de realizar contactos sexuales con niños.³⁶ De la pedofilia se derivan otras variantes de abuso infantil como son la explotación sexual y el ritualismo satánico que se describirán más adelante.

La penetración vaginal es rara; son más frecuentes la fellatio, la sodomía o las caricias generales del cuerpo. En los viejos, son más comunes, las caricias y el exhibicionismo. El verdadero ataque sexual con penetración vaginal o sodomía así como el exhibicionismo no son raros en los sujetos adultos.³⁷

- Abuso psicológico

Como abuso psicológico se considera cualquier conducta destructiva con carácter crónico e intencional, por parte de

³⁴ David Finkehor. El abuso sexual al menor. Causas consecuencias y tratamiento psicosocial. Ed Pax. México, 1980. p 167

³⁵ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 189

³⁶ Id.

³⁷ Julián de Ajuriaguerra Óp. Cit. p 946

los padres o cuidadores, que da lugar a un deterioro en el desarrollo psicológico, social o intelectual del menor.³⁸ El maltrato psicológico es un tipo de maltrato y a la vez una consecuencia de él. Se puede citar como abuso psicológico la fría indiferencia, el exceso de disciplina, el desprecio verbal, el lenguaje hiriente, etc.³⁹

- Abuso por negligencia

Se considera abandono físico a la falta de cuidados de carácter crónico. Ocurre cuando el menor ha padecido lesiones o daño físico derivado de las conductas negligentes de sus padres o tutores.⁴⁰ La negligencia puede ser debida a la ignorancia o deliberada, puede ir desde privación de alimentos, higiene defectuosa y vestidos inapropiados. También existe negligencia en la seguridad, que considera accidentes frecuentes o negligencia en los cuidados de salud.⁴¹

- Síndrome de Munchausen por poder.

El Manual de los Trastornos Mentales (DSM-IV) recomienda emplear el término de "enfermedad ficticia por poder" asegurando que la persona con este inusual trastorno buscara tener

³⁸ María Aguilar Óp. Cit. p 943

³⁹ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 189

⁴⁰ María Aguilar Op. Cit 943

⁴¹ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 189

acceso a la atención médica fabricando de manera intencionada signos o síntomas de una enfermedad que otra persona padece.⁴² Esta patología se localiza en la clasificación de Trastornos facticios.⁴³

Sus variantes son la enfermedad inducida, la ficticia, la facticia o la fabricada por poder.⁴⁴ Cuando ocurre la enfermedad se presenta como un suceso habitualmente agudo que es propiciado por un familiar y que puede observarse cuando el adulto emplea una o varias sustancias que provocan alteración en el estado de salud del niño por ejemplo una intoxicación se le denomina inducido. Facticio es un estado de enfermedad artificialmente provocado por un adulto mediante la administración intencionada de un producto que el menor no necesita y que le causa alguna manifestación clínica como un laxante, por ejemplo.⁴⁵

El tipo ficticio corresponde a un evento irreal e imaginado por la madre que la lleva inclusive a alterar muestras para exámenes de laboratorio o falsificar sus resultados. El progenitor elabora una historia clínica (falsa) del menor y que no se puede documentar por ejemplo: contaminación de la orina. Y finalmente el tipo fabricado es cuando el perpetrador planea y ejecuta a largo plazo algún proceso que daña al

⁴²James Morrison. *Guía para el diagnóstico clínico*. Ed. Manual moderno. México 2006. p 348

⁴³ Ibid. p 343

⁴⁴ Arturo Loredo Op. Cit. p 171

⁴⁵ Id

menor. Probablemente es la forma del Síndrome de Munchausen por poder más frecuente y grave.⁴⁶

- Abuso fetal

Se entiende por abuso fetal todo acto, que de manera intencional o negligente, afecte al producto de la gestación en cualquiera de sus etapas. Puede causarlo directamente la madre, otro miembro de la familia, el médico o alguna persona que tenga injerencia con el embarazo. Esta acción puede tener una base cultural, social, política o legal.⁴⁷ Algunos factores asociados que afectan de manera sinérgica el crecimiento y desarrollo del feto son: las deficiencias nutricionales de la madre (anemia, deficiencia de vitaminas A y B, ácido fólico, zinc), tabaquismo, adicción a sustancias o existe algún tipo de infección materna que no ha sido detectada ni controlada, como por ejemplo, sífilis, TORCH, VIH, Hepatitis B, C u otras.⁴⁸

Se describe también el llamado Trastorno del feto alcoholizado que incluye diversas anormalidades en el producto de la madre que consume bebidas alcohólicas durante la gestación. Las manifestaciones dependen de la cantidad de alcohol ingerido por la madre, la fase de la gestación en la que se encuentre y la

⁴⁶ Id

⁴⁷ Ibíd. p 207

⁴⁸ María Aguilar Op. Cit. p 944

susceptibilidad o vulnerabilidad de los individuos, madre o feto. Estas anomalías incluyen: Alteraciones cognitivas y en patrones de conocimiento, anomalías faciales características, defectos cardiacos, esqueléticos, renales oculares, auditivos y defectos menores como meñiques cortos y orejas mal formadas.⁴⁹

- Alienación parental

El Síndrome de Alienación Parental, fue definido por el Dr. Gardner, como una respuesta de contexto familiar típica al divorcio o separación de sus padres, en la cual el niño resulta alienado respecto de uno de sus progenitores y acosado con la denigración exagerada y/o injustificada del otro progenitor, hecho que produce una perturbación en el niño y que en definitiva, obstruye la relación con el progenitor no custodio y resulta destruida en los casos más severos. Así la manipulación del padre que tiene la custodia de los hijos en desventaja del otro.⁵⁰

⁴⁹ Angélica González y Cols. *Guía para el diagnóstico de trastornos asociados a la exposición prenatal al alcohol. Trastorno del feto alcoholizado (FASD)*. En la revista Acta Pediátrica. Vol. 32. No. 3 México 2011. p 180-181

⁵⁰ Alienación parental.com. *Alienación parental*. En internet en www.alienacionparental.com. México, 2011 p 1 Consultado 27 de abril de 2011

- Niño abandonado

Algunos niños son abandonados por sus padres y las consecuencias del abandono son más graves cuanto menor sea la edad del niño. En el recién nacido puede originar incluso la muerte; en el lactante afecta a la nutrición e higiene, originando lesiones cutáneas y desnutrición grave. Los niños desarrollarán entonces graves trastornos psicológicos y emocionales, que se manifiestan por un cuadro de angustia, agresividad y baja autoestima denominado neurosis del abandono.⁵¹ A los niños abandonados dentro de las instituciones se les puede dar la denominación de “niño expósito” aunque algunos consideran que este término ha caído en desuso.

- Filicidio

Julián de Ajuriaguerra señala que el infanticidio es un fenómeno complejo cuya patogenia es diferente según la edad de la víctima. Algunos designan con el término de “infanticidio” cualquier asesinato de un niño, mientras que otros consideran que es más apropiado el uso de términos más específicos, correspondiendo al término "filicidio" al asesinato del niño por su madre o su padre y el término "neonaticidio", al asesinato de un recién nacido.⁵² La muerte en ocasiones, sobreviene como resultado del maltrato y se presenta con frecuencia como resultado de gravísimas lesiones cerebro

⁵¹ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 189

⁵² Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 948

meníngicas, viscerales, o de cualquier otra lesión o conjunto de lesiones, que producen la pérdida de la vida.⁵³

Respecto del homicidio, este puede presentarse como homicidio simple o como homicidio calificado. Esto es, cuando ocurran las agravantes que en el caso de homicidio de niños maltratados la más frecuente es la premeditación.⁵⁴

- Tipos de maltrato social

- Maltrato étnico

El maltrato a los niños se ve condicionado, también, por su origen racial, por lo que se le denomina maltrato étnico. Esto ocurre por ejemplo con la población indígena mexicana dado que se encuentra en una posición desfavorable en cuanto a las condiciones de educación, vivienda, salud y de nivel de vida en general, relacionado con la pobreza y en muchos de los casos con el difícil acceso a sus comunidades de origen.

Al respecto la UNICEF reporta en México sobre el trabajo infantil que 36% de los niños indígenas entre 6 y 14 años de edad trabajan, el

⁵³ César Osorio. *El maltrato en el niño*. Ed. Trillas. México, 1995.

p. 54

⁵⁴ Id

doble que el promedio nacional calculado en 15.7%.⁵⁵ Así el 33.2% de los niños indígenas menores de 5 años sufre de baja talla en 2006, en comparación con el 12.7% de todos los niños de esa edad. La tasa de mortalidad infantil de la población indígena es 60% mayor que la de población no indígena.⁵⁶

El incumplimiento de los derechos básicos de los niños indígenas también se refleja en su bajo nivel de logros educativos. Se estima que la tasa de analfabetismo entre los pueblos indígenas es cuatro veces más alta (más de 26% de la población de 15 años y mas) que el promedio nacional (7.4%). Una de cada tres escuelas primarias generales es multigrado, mientras que dos de cada tres escuelas indígenas son multigrado.⁵⁷

También hay una diferencia significativa entre el porcentaje de mujeres indígenas que se casan antes de los 15 años de edad (casi 5%) comparado con las mujeres no indígenas (2%). Asimismo cerca del 24% de las mujeres indígenas se casa antes de los 18 años de edad, mientras que el 15% de las mujeres no indígenas lo hizo a esta edad.⁵⁸

⁵⁵ UNICEF. *Niñez indígena*. En internet www.unicef.org. México, 2011. p 1 Consultado 1 de mayo de 2011

⁵⁶ Id.

⁵⁷ Id.

⁵⁸ Id.

En algunas zonas indígenas aún se acostumbra la venta de mujeres bajo el escudo de la “tradición” por los usos y costumbres de los pueblos y que no consideran que sea un delito. Para todo el mundo el ilícito se llama “trata de blancas”.⁵⁹ Por ejemplo en la región de “la Montaña” o algunas comunidades de la Costa Chica de Guerrero una niña de 11 años vale desde un cartón de cervezas hasta 15 mil pesos.⁶⁰ Así a estas niñas pueden usarlas como criadas, servidoras sexuales, compañeras o para venderlas al mejor postor en la frontera norte.⁶¹

- Ritualismo satánico

A pesar de la denominación, el maltrato por ritualismo satánico no sólo se utiliza para prácticas satánicas, sino a todo tipo de maltrato relacionado con prácticas religiosas. Las víctimas refieren prácticas de sadismo, perversidad y algunas otras modalidades bizarras de agresión, casi siempre asociadas con abuso sexual. Habitualmente el factor sádico se caracteriza por la introducción de bastones u objetos en vagina, ano o pene. Las víctimas mantienen en silencio la tremenda agresión, con los consiguientes sentimientos de culpa y vergüenza. Refieren también que sus agresores estaban bajo el efecto del alcohol o de alguna

⁵⁹ Teresa Marín. *Venta de mujeres indígenas*. El Sol de Acapulco. En internet: www.teremarin.lacoctelera.net México, 2008 p 1 Consultado 16 de mayo de 2011

⁶⁰ Id.

⁶¹ Id.

droga. Con frecuencia la pornografía es la característica típica de este tipo de acción y se encuentra asociada con un ritual satánico que forma parte de la religión.⁶²

El ritualismo satánico se clasifica en tres tipos: Culto verdadero, cuando el abuso sexual es una parte de la completa introducción del niño en el grupo; Seudorritual, donde el abuso sexual es la actividad primaria y los cultos rituales son secundarios y ritual psicopatológico cuando los adultos, enfermos mentalmente, abusan de los niños mientras emplean algún rito de su religión. No toda actividad ritualista está espiritualmente motivada y no todas las actividades ritualistas son satánicas.⁶³

En las zonas costeras de Oaxaca, Chiapas, Tabasco y Guerrero se ha encontrado la presencia de cultos satánicos, habitualmente en personas de niveles socioeconómico y cultural bajos. En estas zonas se conserva una fuerte influencia de los rituales africanos.⁶⁴ Dentro de este tipo se incluye también las religiones que con diversos argumentos limitan o prohíben el tratamiento médico, transfusiones de hemoderivados y/o trasplantes de otros tejidos u órganos.

⁶² Arturo Loredó. Óp. Cit. p 207

⁶³ Id.

⁶⁴ Ibíd. p 212

Excluidas de las formas rituales, se deben considerar algunas prácticas de la "medicina popular", que mediante su empleo se puede causar algún daño a los niños.⁶⁵

- Niños de la calle

El término "Niños de la calle" se aplica a la niñez en riesgo de las áreas urbanas, sin tomar en cuenta las diferencias entre ellos.⁶⁶ No son todos niños abandonados y no todos viven en la calle. UNICEF distingue entre dos grupos de niños según la situación de sus familias: La niñez "en" la calle es el grupo más grande. Ellos trabajan en las calles pero mantienen relaciones cercanas con sus familias. La mayoría (aproximadamente un 75%) mantiene sus vínculos familiares, y aunque pasan mucho tiempo lejos de ellos, sienten que tienen un hogar. Las niñas y niños "de" la calle (aproximadamente el 25%) están sin hogar y tienen los vínculos familiares rotos debido a la inestabilidad o a la desestructuración en sus familias de pertenencia. En algunos casos han sido abandonados por estas familias y en otros casos ellos mismos decidieron irse.⁶⁷

La mayoría de los niños de la calle son consumidores e incluso adictos a los inhalantes, como el pegamento del zapatero o los solventes

⁶⁵ Id.

⁶⁶ Ariel Fosellado. *Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los derechos humanos*. Boletín del Instituto Interamericano del Niños. No 236. México, 2001. p 1

⁶⁷ Id

industriales, que les generan una serie de problemas físicos y psicológicos, incluyendo alucinaciones, parálisis o falta de coordinación motora, edema pulmonar, fallas en los riñones y daños cerebrales irreversibles.⁶⁸

Obligados a valerse por ellos mismos antes de adquirir una identidad personal o de madurar, y debido a que no cuentan con la estabilidad necesaria para lograr confianza en sí mismos, ni con las aptitudes ni la educación requeridas para hacer frente a los rigores que les impone la vida, las niñas y niños en situación de calle corren el grave peligro de caer en la prostitución, el consumo de drogas y varias formas de conducta criminal.⁶⁹

Lejos de disfrutar del derecho "a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social", la niñez en situación de calle sufre los efectos acumulativos de la pobreza, el hambre, la disolución de las familias, el aislamiento social y con frecuencia, la violencia y el abuso.⁷⁰

- Niños en situación de guerra

Derechos de la infancia realizó un estudio referente a los niños en situación de guerra publicando lo siguiente: En

⁶⁸ Id

⁶⁹ Id

⁷⁰ Id

otras épocas, las principales víctimas de la guerra eran los soldados. Sin embargo, en la última década, se estima en 1.5 millones el número de niños y niñas muertos en conflictos armados. Otros 4 millones han quedado discapacitados, mutilados, ciegos o han sufrido lesiones cerebrales. Al menos 5 millones se han convertido en refugiados y 12 millones más se han visto desarraigados de sus comunidades. Un número mucho más grande ha sufrido un deterioro de su salud, nutrición y educación como resultado de la destrucción de las cosechas, infraestructuras, centros de salud y escuelas a causa de los conflictos.⁷¹

La Convención de los Derechos del Niño que reconoce los derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales, en su artículo 38 establece que ningún niño que no haya cumplido los 15 años de edad deberá participar directamente en hostilidades o ser reclutado por las fuerzas armadas. Todos los niños afectados por conflictos armados tienen derecho a recibir protección y cuidados especiales.⁷²

Ángela López refiere que los niños que se han visto afectados por conflictos armados, cuando tienen acceso a un programa de rehabilitación e inserción, suelen mejorar, pero nunca acaban liberándose de las secuelas del horror vivido. El daño que se les

⁷¹ Derechos de la infancia México. *Los niños y la guerra*. En internet: www.derechiosinfancia.org.mx. México, 2003. p 1 Consultado 27 de abril de 2011

⁷² Id

produce suele ser irreparable. Por esa razón, las distintas organizaciones que defienden los Derechos Humanos y de la Infancia siguen trabajando para evitar que los menores se vean implicados en las guerras.⁷³

- Niños migrantes

Las migraciones son un proceso multidimensional que entraña un complejo contrapunto de riesgos y oportunidades para las personas, las comunidades y los Estados. En el análisis de sus causas y efectos, se observa una relación de contrastes entre las dinámicas económicas, sociales, jurídicas y políticas. Por ejemplo, las migraciones ofrecen salidas al desempleo y a la falta de perspectivas pero implican pérdidas de capital humano y social para los países. Análogamente, se aprecia que muchos proyectos migratorios se traducen en formas de mejoramiento personal, pero también se advierte la vulneración de los derechos humanos en otros casos, en especial cuando los afectados son niños, niñas y adolescentes.⁷⁴

Por un lado, podemos entender el derecho a migrar como el principio voluntario de la persona a encontrar su desarrollo donde las

⁷³ Ángela Sobrino. *Niños soldados de África*. En internet: <http://geocities.ws/obserflictos/ninos.html>. México, 2011 pp 1 Consultado el 22 de marzo de 2011

⁷⁴ Norberto Liwski. *Migración de niñas, niños y adolescentes*. En internet: www.iiin.org. México, 2011. p 1. Consultado 26 de abril de 2011

posibilidades de vida le sean más favorables o estables. Por otro lado, esta idea esta necesariamente vinculada con lo que podríamos llamar "el derecho a no migrar", es decir, con el derecho a que las personas, en este caso los niños, niñas y adolescentes, no estén obligados a moverse hacia otro territorio, a otra cultura, como un devenir natural signado por la imposibilidad de realizar un proyecto de vida en su país de origen.⁷⁵

Tanto para los niños y las niñas que los migrantes dejan atrás como para los propios niños que migran, la pérdida de referentes afectivos: padres, madres, abuelos u otros- aumenta la probabilidad de que no reciban el mismo cuidado de salud, alimentación ni la protección adecuada contra todas las formas de violencia. Las ausencias que supone la desintegración familiar conllevan un efecto psicosocial significativo que puede traducirse en sentimientos de abandono y vulnerabilidad.⁷⁶

Otro efecto que se tiene cuando la migración no es regular, es que muchos niños, niñas y adolescentes viven en los países de destino sin documentación, violándose de esta forma sus derechos a una nacionalidad y a un nombre, dificultándose su acceso a los servicios de educación y salud y haciéndolos más vulnerables a la trata y a las adopciones ilegales.⁷⁷

⁷⁵ Id.

⁷⁶ Id.

⁷⁷ Id.

La migración de menores se equipara al incremento de las filas del narcotráfico, pues hoy en día son dos de las más importantes fuentes de ingreso para el crimen. A ello se suma que algunas deportaciones de niños migrantes a México, son sin la presencia de un adulto que lo acompañe y lo que es peor, se ejecutan las deportaciones sin importar su salud o si fueron golpeados, maltratados e incluso baleados, sin que se haga ningún reporte especial por las autoridades mexicanas propiciando también amenazas e insultos, repatriaciones sin recuperación de bienes personales y cancelación de documentos injustificadamente, abuso de autoridad, extorsión y abuso sexual.⁷⁸

- Maltrato institucional

Marta Díaz – Gómez hace referencia al término de maltrato institucional el cual dice que comprende castigos físicos y psicológicos, atención inapropiada, abusos sexuales, métodos y programas de enseñanza defectuosos y discriminación. Es el maltrato que se practica en la escuela o en instituciones en las que teóricamente el niño debería ser protegido y rehabilitado.⁷⁹

⁷⁸ Andrea Merlos. *Crecen cifras de niños migrantes*. En *El Universal*. México, 16 de enero 2010. En internet en eluniversal.com. Consultado 26 de enero de 2011 p 1

⁷⁹ Marta Díaz-Gómez Óp. Cit. p 190

En el sistema de salud existe la falta de coordinación entre los distintos niveles de salud, que motiva la prolongación innecesaria de estancias hospitalarias, así como la insuficiencia de medios en determinados servicios pediátricos ubicados en hospitales de adultos y la rigidez de los horarios de visitas a veces imposibilitan una correcta atención al niño hospitalizado.⁸⁰

La misma Marta Díaz – Gómez hace referencia al término “hospitalismo infantil” como el síndrome de deterioro progresivo que aparece en los niños que tienen que permanecer hospitalizados desde etapas tempranas de su vida y durante periodos prolongados y que no se puede atribuir ni a afecciones ni a deficiencias higiénicas, sino al trato impersonal que recibe.

- Bullying

El Bullying es una forma de violencia entre iguales que tiene las siguientes características: suele incluir conductas de diversa naturaleza (burlas, amenazas, intimidaciones, agresiones físicas, aislamiento sistemático, insultos) tiende a originar problemas que se repiten y prolongan durante cierto tiempo. El Bullying supone un abuso de poder, al estar provocado por un alumno (el matón), apoyado generalmente en un grupo, contra una víctima que se encuentra indefensa y que no puede por sí misma salir de esta

⁸⁰ Id.

situación y se mantiene debido a la ignorancia o pasividad de las personas que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente.⁸¹

- Niños trabajadores

Los niños trabajadores a menudo reemplazan el trabajo adulto; los empleadores los prefieren porque son baratos y dóciles; el pago por dichas actividades laborales están rara vez garantizadas y cuando el pago es recibido es usualmente muy pequeño.⁸²

Las grandes empresas, que suelen estar sujetas a la regulación e inspección del gobierno, raramente emplearan a niños menores de la edad mínima legal. El trabajo infantil suele darse en el "sector informal" y se refiere generalmente a empresas pequeñas en las que la regulación del gobierno no se aplica o no se impone.. La mayoría de los niños trabajadores en todo el mundo se encuentran trabajando duramente en el campo o en la industria pesquera.⁸³

Como el sueldo depende directamente del trabajo que se realiza, los ingresos potenciales familiares son mayores cuantas más manos

⁸¹ María Díaz-Aguado. *La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela*. Ed Psicothema. Barcelona, 2005. p 549

⁸² Sarahí Flores. Op. Cit. p 1

⁸³ Id.

ayuden mejor. El tipo de trabajo forzoso infantil más extendido, y el más escondido, es la venta o donación de niños para el servicio doméstico. A cambio de las promesas de una vida mejor, quizás una buena educación, los niños, especialmente las niñas, se hallan atrapados en una red de trabajo duro y penoso. Están a menudo sujetos a extremos abusos físicos, sexuales y psicológicos. Y muchas veces son encerrados en sus lugares de trabajo.⁸⁴ De hecho se puede considerar explotación infantil cuando: Los niños se encuentran bajo algún riesgo o cuando interfiere con la salud del niño, física, mental espiritual, moral en su desarrollo social o interfiere con su educación.⁸⁵

2.1.5 Factores de riesgo de Síndrome de Niño Maltratado

Cabe señalar que un estudio realizado por Peter Meher revela que solo una de cada diecisiete familias con datos de riesgo, llegaron a maltratar a sus hijos en los veinticuatro meses que siguieron al nacimiento.⁸⁶

A continuación se enlistan por separado los factores de riesgo en los padres, los niños y el ambiente pero es bien sabido que todos ellos se entrelazan entre sí. (Ver anexo No 3: Modelo psicosocial de causas de abuso del niño.)

⁸⁴ Id.

⁸⁵ Id.

⁸⁶ Peter Maher. *El abuso contra los niños*. La perspectiva de los educadores. Ed Grijalbo. Londres, 1990. p 115

- De los padres

María José Aguilar establece siete grupos de factores de riesgo de maltrato: drogodependencia o alcoholismo de los padres; problemas familiares, enfermedad o discapacidad de los padres para atender a sus hijos adecuadamente; padres adolescentes; niños con enfermedades crónicas y discapacidades; vivienda insuficiente y entorno urbanístico marginal.⁸⁷ De hecho los factores de riesgo aumentan con los padres jóvenes, con antecedentes de maltrato recibido y violencia familiar en su familia de origen. También son factores de riesgo los trastornos psiquiátricos de los padres, como ansiedad y depresión leve, sobre todo de la madre.⁸⁸

Se sabe que existen niños que han recibido maltrato en su etapa fetal que padecen más durante el parto, con alteraciones congénitas, hiperactividad, con trastornos del comportamiento y recién nacidos prematuros. También existen otros factores de riesgo familiar por separación de los padres. El maltrato psicológico es más frecuente en los niveles socioeconómicos medios, aunque tampoco es extraño en los niveles sociales más elevados.⁸⁹

⁸⁷ María Aguilar Óp. Cit. p 946

⁸⁸ Id.

⁸⁹ Id.

Con respecto al Síndrome de Munchausen por poder Arturo Loredó comenta que algunos estudios demuestran que un porcentaje pequeño de madres padecen alteraciones de la personalidad (trastornos histéricos) y depresiones (rasgos depresivos), así como intentos de suicidio.⁹⁰ También se sabe que regularmente son familias de nivel socioeconómico de medio a alto pues debe tener la capacidad de solventar las múltiples hospitalizaciones.

En los casos de abuso sexual estudiando las características generales, señalan que en su parentesco se encuentra una fuerte carga hereditaria psiquiátrica y desde el punto de vista social un predominio de los niveles bajos. El número de hijos ilegítimos entre estos agresores es el doble del de la población general.⁹¹ Frecuentemente estos sujetos tienen una vida sexual anormal, bien porque sean célibes, con pocas experiencias sexuales, casados con una mujer enferma o que obtengan poca satisfacción sexual del matrimonio. La mayoría de las veces son inmaduros desde el punto de vista sexual y afectivo y en algunos casos el abuso al menos es esencialmente una oportunidad, más que una preferencia sexual.⁹²

⁹⁰ Arturo Loredó Op. Cit. p 945

⁹¹ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 949

⁹² Id.

- De los niños

Según Julián de Ajuriaguerra el niño maltratado no es un ser únicamente pasivo, sino que tiene un determinado número de características, un cierto tipo de reactividad o de espontaneidad una energía o una placidez, pudiendo responder a factores innatos que serán difícilmente aceptados por los padres; además reaccionará de manera distinta ante las tensiones familiares, según su edad, su conformación y su estructura personal.⁹³

A este respecto Eleanos Dumont comenta que los niños que son diferentes en cualquier sentido llegan a tener más riesgo. Esto incluye lactantes, prematuros, enfermos, retrasados o impedidos, o tan sólo niños poco-"atractivos". Los bebés no deseados o ilegítimos, o los hijastros son muy susceptibles. Con frecuencia un niño en la familia es escogido para ser el blanco del maltrato. También tiene influencia la posición ordinal ya que muchos niños sufren de las expectativas poco realistas de sus tutores y de la falta de conocimiento relacionado con el proceso del desarrollo del niño.⁹⁴

Una maduración prematura desde el punto de vista motor y perceptivo puede crear demandas excepcionales e imposibles de satisfacer o que

⁹³ Ibíd. p 776

⁹⁴ Eleanor Dumont. *Enfermería pediátrica: Crecimiento, desarrollo y patología del niño*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 4ª ed. México, 1988. p 191

el niño no pueda asimilar a causa del nivel de su madurez biológica u otras razones similares.⁹⁵

En los casos de abuso sexual David Finkelhor refiere un mayor riesgo cuando las madres mismas son víctimas; cuando aparentemente no pueden transmitir las habilidades para poder manejar la auto-protección en sus hijas. Tales niñas son más susceptibles a la victimización tanto por su familia, y en particular sus padres, así como por miembros fuera de la familia. Las niñas que no tienen madres o cuyas madres están enfermas o extremadamente oprimidas, no tienen la protección que la madre debería dar, así que se encuentran particularmente vulnerables a que se aprovechen sexualmente de ellas.⁹⁶

Elena Azaola por su parte enumera los factores que sin ser considerados causales favorecen la explotación sexual infantil como el de haber tenido que abandonar a su familia o que los hubieran expulsado de sus casas, la mayor parte de las veces a consecuencia de la violencia y el rechazo que los hace propensos a ser reclutados para el comercio sexual, o bien los empuja a que ellos busquen esta actividad para poder sobrevivir. Se debe decir que no todos los niños que viven en la calle han ingresado al comercio sexual.⁹⁷ Esto ocurre en un buen número de niñas y niños que fueron explotados, y que

⁹⁵ Julián de Ajuriaguerra Óp. Cit. p 777

⁹⁶ David Finkelhor Óp. Cit. p 179

⁹⁷ Elena Azaola Óp. Cit. p 158

previamente hubieran sufrido abusos sexuales, generalmente por parte de algún miembro de la familia. En estos casos manifiestan una pérdida importante de la estimación por sí mismos, que los hace susceptibles a nuevos atropellos puesto que sus defensas son débiles al igual que el apoyo que obtienen por parte de una familia que ya antes los violentó.⁹⁸

En otros casos los niños con conflictos de identidad sexual no resueltos pueden derivar hacia la explotación sexual puesto que se ven empujados a abandonar a su familia y su comunidad debido al rechazo y a las burlas de las que se les hace objeto.⁹⁹ Cabe hacer notar que una de las necesidades que con mayor frecuencia expresan los niños es la de poder contar con un entorno "seguro", con un ambiente en donde pudieran sentirse "protegidos", situación que refirieron como uno de los principales impedimentos para poder denunciar a sus agresores.¹⁰⁰

- Del ambiente

Generalmente hay una crisis que precipita el maltrato y está relacionado con una larga serie de frustraciones e incapacidades para enfrentarse a la situación, tales como vivir en la pobreza, problemas conyugales, madre soltera, alcoholismo y drogadicción,

⁹⁸ Id.

⁹⁹ Id.

¹⁰⁰ Id.

soledad, desempleo, demasiados hijos y enfermedades crónicas. Ocasionalmente la crisis puede ser un hecho relativamente menor, pero de suficiente fuerza para lesionar al niño.¹⁰¹ (Ver Anexo No 4: Ciclo de violencia de la agresión).

Según Peter Maher las posibilidades de que los factores de estrés situacionales desemboquen en el maltrato infantil o el abandono, determinan la relación padres-hijo y dependen de ella. Una relación segura en estos amortiguará cualquier efecto del estrés y proporcionará estrategias para superarla, en favor de la familia. En cambio, una relación insegura las discusiones o el mal comportamiento del niño, puede generar diversos ataques físicos o emocionales. Por lo tanto se establece un círculo vicioso que, a la larga, lleva a una sobrecarga sistemática, y en que el estrés constante ocasiona agresiones físicas reiteradas.¹⁰²

Existe una teoría sobre el abuso sexual que refiere el mismo Peter Maher y dice que el aislamiento social extremo, es decir las familias que están más aisladas, están menos a la vista del escrutinio general, tienden a crecer hacia adentro lo cual, se dice, fomenta a los miembros de la familia a interactuar sexualmente.¹⁰³

¹⁰¹ Marlyn Chow Op. Cit. p 1002

¹⁰² Peter Maher Op. Cit. p 115 – 117

¹⁰³ Peter Maher Op. Cit. p 156

En referencia a la explotación sexual se incrementa en medios pobres y en segmentos sociales con alto grado de desarraigo o desapego con respecto a la comunidad lo que también da lugar a un importante grado de anomia.¹⁰⁴ También se incrementa la frecuencia en lugares con gran número de migrantes o ciudades fronterizas “de paso” para migrantes, así como en zonas turísticas, pero está presente en todo el país.

El fenómeno de la explotación sexual tiende a ocurrir con mayor frecuencia en los centros más alejados de extrema pobreza, si bien se abastece de ella con tres factores que merecen especial atención: La presencia de drogas, sobre todo cuando son proporcionadas por los explotadores; la retención forzosa en los sitios de trabajo y la participación de familiares en los explotadores.¹⁰⁵

2.1.6 Características de las familias con Síndrome de Niño Maltratado

- Las familias funcionales

Según el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) la familia se puede definir como el primer grupo al que pertenece una persona, ahí se vive y se muere como persona. Es la institución

¹⁰⁴ Elena Azaola. Óp. Cit. p 158

¹⁰⁵ Elena Azaola. Óp. Cit. p 152

natural, para el espacio educativo y es un ámbito de encuentros y una fuente de virtudes.¹⁰⁶

- Las familias disfuncionales

La familia disfuncional es un verdadero sistema de reglas de conducta dotadas de un rol oscuro pero importante al mismo tiempo en las relaciones entre los miembros de esa familia y en relación con los demás.¹⁰⁷

En el libro "El abuso sexual al menor" David Finkelhor hace referencia a dos tipos de familia: la familia "serie" cuyos miembros no tienen ningún interés mutuo. Su único y común fundamento es el temor al "que dirán" y no detentan ninguna similitud compartida. Por otro lado está la llamada familia "nexus", cuya cohesión se mantiene por el miedo, la culpabilidad o el chantaje moral y otras variantes del terror; no hay entre sus miembros protección recíproca sino intimidación recíproca.¹⁰⁸

Peter Maher refiere que en familias que maltratan la independencia del pensamiento rara vez es estimada. Se espera que los niños respondan en forma mecánica a las preguntas que se les hacen. No

¹⁰⁶ Carmen Clemente. *Definición de familia según el DIF*. En internet: www.blogspot.com. México, 2009. p 1. Consultado el 18 de mayo de 2011

¹⁰⁷ David Finkelhor Op. Cit. p 779

¹⁰⁸ Id.

solo se ve afectada la habilidad lingüística del niño sino también su noción de la propia aptitud.¹⁰⁹

Para los casos de abuso sexual David Finkelhor comenta que un pariente que no es biológico tiene mayor probabilidad de victimizar sexualmente al niño que los parientes naturales.¹¹⁰ Por lo que en las familias con presencia de un padrastro y/o hermanastros se incrementa el riesgo de abuso sexual.

- Los abuelos

Los abuelos desempeñan un rol importante en la atmosfera familiar. Son diversas las actitudes que pueden tener con relación a los niños y algunos consideran su influencia sobre nietos como extraordinariamente pernicioso. Sin embargo, pueden aportar una ayuda muy eficaz cuando trabajan con ambos padres. Su acción depende de las interferencias en el plano de la educación de los niños y de la tendencia a reemplazar al padre y madre prodigando consejos a menudo anticuados.¹¹¹

Con los abuelos el niño puede explotar su afecto con exigencias muchas veces tiránicas. Más aún, los abuelos son al mismo tiempo suegros capaces de interferir en la organización emotiva y educativa

¹⁰⁹ Peter Maher Op. Cit. p 136

¹¹⁰ David Finkelhor Op. Cit. p 174

¹¹¹ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. 776

de los niños por el modo de relaciones particulares que crean con la pareja hija-yerno o hijo-nuera.¹¹²

- Los padres

Julián de Ajuriaguerra en su manual de Psiquiatría infantil hace referencia al concepto de “Padres patógenos”¹¹³ en donde describe diversos perfiles conductuales de padres maltratadores como las madres desvirilizadoras o escrupulosas en exceso y los padres ausentes. (Ver Anexo No. 5: Padres patógenos).

Marilyn Chow dice que regularmente los padres que maltratan son matrimonios precoces, con embarazos no deseados, con aislamiento social, emocional y falta de comprensión entre ellos. Muestran falta de confianza en otras personas ven al niño como la persona que puede proporcionarles amor, apoyo y confianza de la que carecen. Se ha estimado que el 10% de los padres abusivos son psicóticos o están gravemente trastornados y tienden a reprimir sus impulsos.¹¹⁴

Por su parte Julián de Ajuriaguerra refiere que los sujetos que maltratan a los niños han sido descritos "inmaduros", "impulsivos", "dependientes" "sadomasoquistas", "egocéntricos", "narcisistas" y "exigentes". Estos adjetivos son apropiados; sin embargo, estas

¹¹² Id.

¹¹³ Ibíd. p 772 – 773

¹¹⁴ Marilyn Chow Op. Cit. p 1002 - 1003

características están tan difundidas entre la población general, que constituyen un débil apoyo para una comprensión específica.¹¹⁵

Se pueden señalar, menciona el mismo Ajuriaguerra, particularmente en estos padres: una noción aberrante de necesidades de las capacidades de comprensión de los niños; una vivencia de las actitudes de su hijo como una rebeldía dirigida contra ellos; el no reconocimiento de los deberes hacia sus progenitores; la no sumisión a la autoridad que ellos se han atribuido; una actitud educativa rígida, rigurosa y punitiva que es de hecho una defensa contra el temor de que ellos se desvíen del camino recto; una proyección de sus propios conflictos y una falta de la metabolización de sus tendencias agresivas.¹¹⁶

Estos padres no difieren de los otros por la cantidad de su potencial de violencia sino, que han fracasado en su dominio de este potencial, por no haber adquirido la capacidad de abstraer, de simbolizar y desplazar la cólera derivada de la frustración de sus deseos¹¹⁷. Peter Maher piensa que los padres que maltratan tienen ideas más negativas del comportamiento de sus hijos, que los padres que no lo hacen; perciben a sus hijos como más irritables y exigentes. Esto puede relacionarse con el hecho de que los niños maltratados están más propensos a tener problemas de salud, o molestias al comer o al

¹¹⁵ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 943

¹¹⁶ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 944

¹¹⁷ Id.

dormir. Puede ser el resultado directo de las expectativas poco realistas que tienen los padres que maltratan.¹¹⁸

Las más de las veces uno de los cónyuges acepta pasivamente o incita al otro a castigar. En la mayor parte de los padres, los malos tratos no van acompañados de culpabilidad porque se sienten en su derecho. Por ello regularmente la madre no intenta disimular su hostilidad y odio hacia el niño.¹¹⁹

David Finkelhor expresa tres teorías sobre a la actitud que toma la madre en una familia donde hay incesto, en una de ellas comenta que la madre contribuye al abdicar sus responsabilidades maternas. En otra intenta cambiar de papeles con la hija. En una tercera teoría, la madre es responsable debido a que sabe que se está dando el incesto pero no hace nada al respecto. En general, cuando las madres no muestran un modelo de autoprotección, no proveen a las hijas de información o no las supervisan adecuadamente, se aumenta la posibilidad de victimización sexual.¹²⁰

Julián de Ajuriaguerra refiere otra teoría sobre el rol que desempeña la mujer en las relaciones incestuosas padre-hija, en calidad de esposa o en calidad de cómplice más o menos consciente. Son frecuentes los trastornos de las relaciones conyugales en las que estos padres se

¹¹⁸ Peter Maher Óp. Cit. p 118

¹¹⁹ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 944

¹²⁰ David Finkelhor Op Cit p 169

sienten frustrados por una mujer no amante, fría, hostil o sexualmente rechazaste y que les incita a buscar gratificaciones sexuales en otra parte.¹²¹

Algunas veces la misma madre fue rechazada por su propia madre con la cual no se identifica, pudiendo tener, en consecuencia, una actitud hostil hacia su prole femenina. A veces, la madre no es capaz de asumir su rol de esposa y responsabiliza a su hija haciéndole desempeñar el rol de esposa y amante de su propio padre.¹²² En cuanto a los padres incestuosos, la mayoría de las veces, el padre escoge la hija mayor como primera pareja, pero más tarde puede continuar con otras hijas más jóvenes.¹²³

El mismo autor describe organizaciones defectuosas de la personalidad del padre: relación inadecuada o débil, personalidad mal organizada con identidad mal definida y actitud paranoide que tienden a aislarlo de la familia y de la sociedad. Hay padres incestuosos que presentan una compostura social al menos aparentemente satisfactoria. El acto incestuoso es en su opinión un derecho natural y pese a reconocer su carácter ilegal, no lo clasifican en el cuadro de una verdadera responsabilidad moral. Por otra parte, en determinados

¹²¹ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 953

¹²² Id.

¹²³ Ibíd. p 952

casos el padre puede considerarse con derecho a la iniciación del amor sexual.¹²⁴

David Finkelhor menciona una mayor incidencia de abuso sexual en las familias reconstruidas con la presencia de un padrastro pues este al no haber tenido la experiencia paternal con la niña es más probable que reaccione sexualmente ante ella y no paternalmente.¹²⁵

- Los niños

Romeo Rodríguez enlista las características del niño que lo hacen más sensible al maltrato: aquel que presenta limitaciones físicas o intelectuales, el que cuando es reprendido contraataca a uno o ambos padres o a los hermanos, provocando una mayor agresión contra él, o el niño hiperactivo, rebelde, incontrolable o el prematuro en quien no se desarrolla una unión emocional adecuada con los padres.¹²⁶

Para Marilyn Chow es común el maltrato a varios niños de una familia, pero suele haber un uno que es más maltratado que los demás. Este niño posiblemente tiene una enfermedad crónica o es hiperactivo y

¹²⁴ Id.

¹²⁵ David Finkelhor Op. Cit .p 172

¹²⁶ Romeo Rodríguez. *Urgencias en pediatría*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 4^a ed. México, 1996. p 805

generalmente es el más difícil de tratar.¹²⁷ Los niños maltratados muestran un alto grado de capacidad, en relación con su edad, para cuidar a su progenitor y para responder a la necesidad que tienen sus padres de enseñar. A veces exhiben temor extraordinario y no recurren a los padres en busca de tranquilidad en situaciones extrañas.¹²⁸

Cuando los niños crecen dentro de familias marcadas por el conflicto entre los padres, reciben mensajes contradictorios, especialmente con respecto al sexo que los confunden y les dan poca claridad con respecto a los valores sexuales apropiados, además de darles una menor capacidad para manejarse a sí mismos en situaciones potenciales de abuso, al igual que los niños que están en familias rotas por tener poca supervisión adulta. También se menciona que la misma ruptura familiar conduce al niño a sexualizar las relaciones intrafamiliares o con otras personas adultas con las que sienta apego en un intento de evitar la pérdida.¹²⁹ De hecho se pueden establecer tres formas clínicas de incesto según la tolerancia de la hija: el incesto es padecido en el terror, el incesto es aceptado pero sigue siendo conflictivo y el incesto es integrado sin conflicto y sin síntoma.¹³⁰

¹²⁷ Marilyn Chow Op. Cit. p 1003

¹²⁸ Id.

¹²⁹ David Finkelhor. Op. Cit. p 168

¹³⁰ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 953

2.1.7 Sintomatología del Síndrome de niño maltratado

- Física

Romeo Rodríguez señala que en la sintomatología física del niño maltratado se puede ubicar un patrón de marcas lineales causadas por las uñas; en asa, por cuerda; manos con lesiones y huellas de cordel en pliegues; quemaduras en varios estadios, patrón de cigarro, hierro caliente, por inmersión en pies o glúteos y por plancha; golpes o equimosis en diferentes estadios, en áreas no comunes y de distribución central, áreas protegidas habitualmente y arrancamiento de cabello.¹³¹

Hay lesiones también en los órganos de los sentidos por ejemplo en el oído con pabellón auricular como "coliflor", hemotímpano y oído de boxeador; ojo con equimosis periorbital, hemorragia conjuntival, abrasión corneal, hemorragia en vítreo y retina y desprendimiento de retina; nariz con epistaxis y fractura; boca con lesión en labios, rotura de dientes, traumatismo en faringe, obstrucción respiratoria y finalmente lesiones óseas, fracturas en diferentes estadios, en cráneo huesos largos y costillas y hematoma subperióstico.¹³² (Ver Anexo No 6: Principales lesiones encontradas en el niño maltratado)

¹³¹ Romeo Rodríguez. Op Cit. p 809

¹³² Id.

Por su parte María José Aguilar refiere que al maltrato físico lo componen lesiones cutáneas (quemaduras, hematomas heridas), alteraciones oculares (desprendimiento de retina, hematomas en antifaz y hemorragia retiniana), trastornos esqueléticos (rotura de huesos largos, costillas y cráneo) alteraciones viscerales (hígado, bazo, riñones hematomas duodenales) y lesiones anogenitales.¹³³ También menciona un déficit en el crecimiento físico y una mayor tendencia a padecer enfermedades.¹³⁴

Si el niño padece de maltrato por negligencia y es menor de 3 años, aparece el síndrome de carencia afectiva, con retraso del crecimiento y el desarrollo y un aspecto desnutrido con delgadez, piel fría y trastornos frecuentes. Si es mayor de 3 años, se presenta un retraso del crecimiento por causa no orgánica, retraso de la psicomotricidad y perturbación del comportamiento y del lenguaje, bajo rendimiento escolar y trastornos psicossomáticos.¹³⁵ Cesar Osorio menciona otros cuadros como retraso del crecimiento, denominado "enanismo por carencia afectiva"; retraso mental, hemiplejia, epilepsia, una especie de encefalopatía ocasionada por hematoma subdural o por falta de afecto, invalideces motoras o sensoriales.¹³⁶

¹³³ María Aguilar Op. Cit. p 949

¹³⁴ María Aguilar Op. Cit. p 942

¹³⁵ María Aguilar Op. Cit. p 944

¹³⁶ Cesar Osorio. Op. Cit. p 53- 54

Es importante mencionar el llamado Síndrome de niño sacudido que se presenta habitualmente en niños menores de 2 años y es producido por el sacudimiento de la cabeza, único o repetido. Ello genera la ruptura de vasos sanguíneos que habitualmente ocasionan hemorragia cerebral, (hematoma subdural) hipoxia e isquemia.¹³⁷

En el 60 a 65 % de los casos de Síndrome de niño sacudido se presenta una hemorragia retiniana y en casos extremos, hasta desprendimiento de las misma. La fuerza del agresor puede ocasionar fracturas costales diversas.¹³⁸

- Psicológica

Según Julián de Ajuriaguerra los efectos psicológicos a corto plazo son: un cambio de apariencia y de conducta, un cambio de actitud hacia el padre brutal, claro exponente del miedo y del estrés emocional, enuresis diurna o nocturna y encopresis, rechazo de los alimentos y vómitos.¹³⁹

Eleanor Dumont declara que el niño maltratado actúa de manera adulta o demasiado infantil para su edad (por ejemplo se chupa el

¹³⁷ Arturo Loredó y cols. *Síndrome de niño sacudido. Forma extrema de abuso físico infantil*. En la revista *Acta pediátrica*. México 2011. p 177

¹³⁸ Id

¹³⁹ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 945

dedo y se balancea constantemente). Está por debajo de su desarrollo físico emocional o intelectual, parece distraído o sumergido en una fantasía o se comporta como un bebé, no tiene relación con otros niños, no le gusta participar en actividades físicas, está involucrado en actos delictivos o escapa. Dice que sus padres o tutores lo han violado en lenguaje coherente con su edad.¹⁴⁰

Peter Maher afirma que los individuos maltratados muestran más signos de perturbación y tienen menos confianza, tanto con el extraño, cuando se separan, como con sus madres, cuando se reúnen. Los niños maltratados mostraron una tendencia a ser egocéntricos, y menos capaces de entender los roles sociales.¹⁴¹

Cesar Osorio afirma que se pueden señalar el siguiente cuadro en los niños víctimas de maltrato: muestras de ineffectividad o agresividad, que pueden entrañar lesiones mentales.¹⁴²

El niño maltratado es, por lo tanto, muy tenso y angustiante, dedica la mayor parte de sus energías a buscar forma de evitar la ira de los padres, en lugar de ser capaz de explorar¹⁴³.

¹⁴⁰ Eleanor Dumont Op. Cit. p 193

¹⁴¹ Peter Maher. Op.Cit. p 128

¹⁴² Cesar Osorio. Op. Cit. p 53- 54

¹⁴³ Peter Maher Op. Cit. p 137

En un estudio realizado por Peter Maher los niños maltratados y descuidados mostraban más ira que los controles. Además, su ira era más fácilmente provocada, más intensa y se disminuía con mayor dificultad. A su vez, observaron que el grupo de niños maltratados parecían desorganizados y faltos de energía en sus conductas de juego.¹⁴⁴

Cesar Osorio considera que el comportamiento escolar problemático de los niños maltratados puede ser originado por los actos violentos de que son objeto. Los niños maltratados no encuentran ni estímulo ni reconocimiento para sus esfuerzos; solo conocen la indiferencia, la crítica y el desprecio; se sienten rechazados por sus padres y pueden proyectar este sentimiento hacia los profesores y por el mismo ambiente familiar que generalmente existe en sus hogares, tienden a evitarlos. Por otra parte, su estado emocional es de gran tensión y angustia, lo cual impide una conducta, escolar positiva.¹⁴⁵ Refiere también el deseo y la decisión de morir, como una forma de evasión y de castigo dirigida a los agresores.¹⁴⁶

El niño maltratado puede, según Julián de Ajuriaguerra, reaccionar de una manera pasiva o reactiva, pudiendo aumentar en ambos casos la agresividad del padre. El mayor peligro estriba en que la brutalidad se

¹⁴⁴ Peter Maher Op. Cit. p 141

¹⁴⁵ César Osorio Op. Cit. p 55

¹⁴⁶ Cesar Osorio Op Cit. p 60

integre en una fórmula de diálogo aceptado por el agresor y la víctima.¹⁴⁷

En niños con abuso sexual, señala María José Aguilar, se aprecian actividades sexuales persistentes, miedo excesivo ansiedad pesadillas, cefaleas, dificultad para la concentración, mala relación en lo afectivo, dificultad para andar, enuresis e infecciones urinarias repetidas, así como encopresis y cambios del ritmo intestinal.¹⁴⁸ La culpabilidad de los niños respecto al atentado sufrido será diferente, en relación con la educación y el medio al que pertenece. El shock será menos perceptible cuando la educación moral anterior es relajada, presentan en general una culpabilidad sexual mínima, pero guardan una agresividad respecto a los adultos, mientras que las niñas educadas en un ambiente estricto presentan una culpabilidad intensa con una agresividad más discreta.¹⁴⁹ El efecto también dependerá del periodo de la vida en que se presente el ataque precisando que en la edad preescolar o prepubetario el impacto será menor.¹⁵⁰

Elena Azaola define los efectos psicológicos en las víctimas de la pornografía infantil en cuatro rubros diferentes: Integrativa, que presentan aquellos niños que pueden hablar de sus experiencias sin

¹⁴⁷ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 953

¹⁴⁸ María Aguilar Op.Cit.p 945

¹⁴⁹ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit. p 950

¹⁵⁰ Id.

demostrar demasiada ansiedad al tiempo que inculpan al perpetrador, se concentran en el futuro; la evitativa, en la que se niega la experiencia o se rehúsa hablar sobre ella a la vez que se dejan ver sentimientos de ansiedad y disgusto; la repetitiva post traumática en la que se presentan muchos síntomas y el niño se muestra severamente perturbado, con fuertes sentimientos de culpa y vergüenza. Se culpa a si mismo y no puede olvidar lo que le ocurrió y a menudo desarrolla comportamientos sobresexualizados con los que aumenta el riesgo de seguir siendo explotado y la de identificación con el explotador, en donde el niño defiende permanentemente al ofensor y repite su propio trauma.¹⁵¹

- Efectos en las habilidades cognitivas

Peter Maher señala que en un estudio realizado a un grupo de niños maltratados y otro con lesiones accidentales, no encontró diferencias en la habilidad intelectual, ocho años después de que se inició el estudio.¹⁵²

Según el mismo Peter Maher, el entorno del niño maltratado se caracteriza por un número de factores que impiden la capacidad del niño para aprender y comprender. Para el niño normal y bien cuidado, el mundo es un lugar predecible. Cuando el niño experimenta alguna incomodidad (por ejemplo, hambre, frío; o se siente enojado) y llora, y

¹⁵¹ Elena Azaola. Op. Cit. p 161

¹⁵² Peter Maher. Op Cit. p 114

la madre hace algo para aliviar las molestias. Los niños normalmente aprenden que ciertas cosas son predecibles y que pueden hacer que sucedan. Lo contrario resulta para la mayoría de los niños maltratados, cuyos padres tienden a preocuparse más por sus propias necesidades que por las del pequeño.¹⁵³

La relación insegura madre-hijo da por resultado un niño con un comportamiento explorativo limitado. La ansiedad prohíbe la exploración. Si la curiosidad natural del niño se ve restringida o limitada, entonces no es de sorprender que su capacidad para aprender también se vea limitada.¹⁵⁴

- Efectos en las relaciones sociales

Para Peter Maher el niño que sufrió malos tratos, no solo de índole física, llegara a la edad juvenil, en muchos casos, carente de claros y definidos conceptos de solidaridad humana, de respeto a los individuos y a la colectividad, con sentimientos de odio, agresividad y tal vez, de revanchismo; le será difícil adaptarse a la vida colectiva y puede incurrir en conductas antisociales.¹⁵⁵

Por su parte Cesar Osorio argumenta que los malos tratos durante la infancia generan y desarrollan con frecuencia sentimientos de odio,

¹⁵³ Peter Maher. Op. Cit. p 135

¹⁵⁴ Peter Maher Op. Cit. p 136

¹⁵⁵ Peter Maher. Op. Cit. p 138

venganza, revancha y muchas veces producen sujetos incapaces de integrarse positivamente a la sociedad. Estos sentimientos y estas personalidades antisociales suelen proyectarse a través de la comisión de delitos contra la vida y la integridad corporal, delitos sexuales, delitos patrimoniales o cualesquiera otros tipos.¹⁵⁶

María José Aguilar dice que los niños en la adolescencia suelen padecer dificultades en sus relaciones sociales y tienen un mayor riesgo de consumir alcohol y otras drogas.¹⁵⁷

Cesar Osorio comenta también que tal vez los malos tratos en sí mismos no sean un factor determinante o altamente influyente en la etiología de la prostitución. La causa real viene a ser la falta de afecto hacia el niño, la cual también genera los malos tratos; pero si se considera los malos tratos como manifestaciones de falta de afecto, es válido señalarlos como causa de la prostitución.¹⁵⁸

Para Cesar Osorio, muchos adultos agresores fueron a su vez niños maltratados que tuvieron infancias desafortunadas y estas situaciones se manifiestan, en la edad adulta, en actitudes de ineffectividad, pues como en su niñez carecieron de afecto les resulta difícil, cuando no imposible, desarrollarlo y manifestarlo. El niño golpeado crece con una gran carga de agresividad reprimida que va a proyectar hacia la nueva

¹⁵⁶ Cesar Osorio. Op. Cit. p 59

¹⁵⁷ María Aguilar. Op. Cit. p 942

¹⁵⁸ Cesar Osorio. Op. Cit. p 58

familia, pues es muy probable que sea el adulto quien maltrata a la mujer y a los hijos. Es muy probable también que sea negligente en el cumplimiento de sus obligaciones dentro del hogar y el mismo cuadro familiar en el cual se desarrolló en su niñez, se va a repetir en su nueva familia. También es posible que esto origine una larga y triste cadena de malos tratos.¹⁵⁹

2.1.8 Diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado

- Exploración física

Para un diagnóstico certero es necesaria una exploración física exhaustiva buscando datos específicos como hematomas de color rojo, azul, violáceo, pardo verdoso, amarillo verdoso y amarillento. Los hematomas y las contusiones se localizan en las áreas con más tejido subcutáneo y con menos relieve óseo.¹⁶⁰

Las quemaduras son frecuentes en los niños víctimas de malos tratos sobre todo las producidas por inmersión o por contacto cuando son accidentales afectan normalmente a la parte superior del cuerpo y en forma de bordes difusos e irregulares con aspecto de salpicadura. Sin embargo, las intencionadas, se ubican en la parte superior del cuerpo, los bordes son nítidos y con mayor grado de profundidad y se

¹⁵⁹ Cesar Osorio. Op. Cit. p 61

¹⁶⁰ María Aguilar Op. Cit. p 947

acude a la consulta pasadas algunas horas. Las alopecias traumáticas son características de los niños con hiperactividad.¹⁶¹

Las negligencias se asocian con alteraciones de la alimentación, la falta de higiene, problemas físicos no tratados, peso y talla inadecuados y descuido de la indumentaria.¹⁶² (Ver Anexo No 7: Indicadores de maltrato infantil)

Marilyn Chow recomienda buscar en la piel, además de los datos ya referidos, marcas de cinturones y mordiscos. Efectuar un examen de fondo de ojo buscando hemorragias retinianas. Palpar el abdomen para comprobar hipersensibilidad al tacto u organomegalia. En las extremidades es necesario comprobar la simetría de movimientos y hacer ejercicios de movimiento de amplitud completa.¹⁶³ Para Dorothy Marlow la característica más notable en el diagnóstico de este padecimiento incluye variaciones en las etapas de cicatrización de varias lesiones óseas graves que fueron hechas en diferentes épocas anteriores a la exploración y la hospitalización¹⁶⁴

¹⁶¹ Id.

¹⁶² Id.

¹⁶³ Marilyn Chow. Op . Cit. p 1004 – 1005

¹⁶⁴ Dorothy Marlow . *Enfermería Pediátrica*. Ed. Interamericana. 4^a ed. México, 2001. p 440

- Pruebas de laboratorio y gabinete

Las pruebas de laboratorio incluyen biometría hemática completa pruebas de coagulación, plaquetas y cultivo de orina. Se recomienda la toma de VDRL y ELISA para descartar la presencia de infecciones en los casos de abuso sexual. También se incluye el estudio radiológico del cráneo de los huesos largos Una de las lesiones más importantes, pero menos frecuente, es el hematoma subdural.¹⁶⁵

- Datos clínicos

Romeo Rodríguez refiere que los padres parecen estar más interesados en regresar a su casa que en saber que tiene el niño; la interacción del menor con los padres es anormal, mirándolos con miedo o tratando de apartarse.¹⁶⁶ Marilyn Choy recomienda una actitud de empatía al entrevistar a los padres. Un conocimiento de la dinámica social y psicológica del maltrato al niño ayuda entrevistador a mostrar una actitud objetiva y no punitiva hacia ellos. Si los hechos que rodean a la lesión son confusos para el entrevistador, es mejor suponer que hay una crisis familiar o social.¹⁶⁷

¹⁶⁵ María Aguilar Op.Cit. p 947

¹⁶⁶ Romeo Rodriguez. Op. Cit. p 804

¹⁶⁷ Marilyn Choy Op Cit. p 1003

- Diagnóstico de Abuso sexual

Merece una mención aparte la búsqueda de datos de abuso sexual por las peculiaridades del tema. A la exploración física se detecta que la ropa interior esta desgarrada, manchada o ensangrentada. Siente dolor o prurito en el área genital y tiene enfermedades venéreas.¹⁶⁸ También es frecuente la presencia de enuresis y/o encopresis, dificultad para andar e infecciones urinarias de repetición.

Cuando los datos recogidos sugieran abuso sexual, resulta útil dar al niño o niña un juego de muñecas anatómicas. Estudios realizados en niños de 3 años víctimas de abusos sexuales demuestran que a esa edad el niño es capaz de utilizar las muñecas para representar el sexo oral y el acto sexual, actos que solo podían haber conocido a partir de su experiencia.¹⁶⁹

- Diagnóstico diferencial

Se deberá hacer la diferenciación de un traumatismo accidental o de enfermedades óseas como osteogénesis imperfecta. También se deberá hacer la búsqueda intencionada para descartar

¹⁶⁸ Eleanor Dumont. Op.Cit. p 193

¹⁶⁹ Marta Díaz- Gómez Op Cit. p 192

escorbuto, raquitismo o sífilis de la infancia cuya sintomatología puede ser confundida con maltrato infantil.¹⁷⁰

2.1.9 Tratamiento de Síndrome de Niño Maltratado

Cabe señalar que, una enfermedad que se mantiene oculta detrás de puertas y ventanas cerradas y cuya existencia es pasada por alto o negada nunca podrá curarse. Se recomienda entonces un manejo integral, multidisciplinario y ordenado. Para ello es recomendable que las instituciones cuenten con un lineamiento de abordaje para la atención del niño maltratado en el que se estipulen los pasos a seguir en este manejo desde el primer contacto con el niño maltratado y la elaboración del diagnóstico hasta la referencia del caso a las autoridades correspondientes (Ver Anexo No 8: Propuesta de una ruta de atención.)

La hospitalización del niño, tiene varios objetivos: Concede tiempo al profesional de la salud para investigar el medio posológico de la familia, separa también a la familia y el niño, lo que es terapéutico, porque concede a la familia un reposo y protege al niño.¹⁷¹

¹⁷⁰ Marilyn Chow. Op. Cit. p 1006

¹⁷¹ Marilyn Chow Op. Cit. p 1009

- Médico

Al recibir al paciente politraumatizado en un servicio de urgencias se debe realizar una evaluación rápida a fin de reconocer la intensidad del traumatismo e iniciar la reanimación. Así, dentro del primer minuto de la llegada del paciente se debe examinar lo siguiente: Si la vía aérea está permeable, si el paciente está respirando, si el esfuerzo respiratorio es adecuado, si hay estridor o cianosis, si los ruidos respiratorios son simétricos, si la tráquea está en la línea media, si hay colapso circulatorio, si la hemorragia está controlada y si el paciente esta consiente.¹⁷²

- Tratamiento integral

- Apoyo de Trabajo social

El trabajador social siempre que sea posible, debe realizar sus intervenciones con la familia biológica en su contexto. Así mismo, el Trabajador social deberá considerar que la separación del niño y los padres será el último recurso ante situaciones de gravedad extrema. En momentos de crisis, la salida de un menor del hogar familiar ha de ser cuidadosamente analizada y planificada. ¹⁷³ Se

¹⁷² Mario Acosta. *El niño politraumatizado en Pediatría Médica* . Ed. Trillas. México, 1994 p 453

¹⁷³ María Aguilar. Op. Cit. p 947

debe recordar que la mayor parte de las veces un padre abusivo quiere a su hijo.¹⁷⁴

Sin embargo dice Marta Díaz – Gómez si uno de los padres, o la madre si no se encuentra el padre, dice con palabras o por sus acciones: "ayúdame, tengo miedo de matar a mi hijo"; o si declara que siente que no puede enfrentarse al niño y que no lo quiere, entonces la sociedad debe asumir la responsabilidad de su cuidado.

- Apoyo psicológico

El rol del terapeuta consiste en reducir el traumatismo psicológico de la víctima.¹⁷⁵ Así cuando el niño llega a un grado incontenible de temor, comenta Claire Fagin, de ansiedad e ira, explota en alocados accesos contra sí mismo o contra otros. Ya no es tiempo de tratarlo solo con palabras. En este punto se recomienda generalmente la restricción física firme y sin que sirva para contestar la agresión, a fin de ayudarlo a dominarse y a volver establecer contacto con la realidad.¹⁷⁶

Elena Azaola afirma que poder brindar la atención y el apoyo que estos niños requieren, demanda el entrenamiento de personal

¹⁷⁴ Dorothy Marlow Op Cit. p 441

¹⁷⁵ Julián de Ajuriaguerra Op. Cit p 950

¹⁷⁶ Claire Fagin. *Enfermería psiquiátrica infantil*. Ed. Interamericana. México, 1973. p 36

especializado y sensible a su situación, a fin de que su intervención no solo resulte eficaz, sino también significativa en términos de la calidad de los servicios que presten.¹⁷⁷

La misma Elena Azaola recomienda que debe garantizarse el acceso a servicios públicos especializados a todas las niñas y niños involucrados en el comercio sexual, ello de manera independiente a que las leyes les prohíban desempeñarse en este tipo de actividades.¹⁷⁸

Según Vincent Fontana es casi imposible que los padres maltratadores se ayuden a sí mismos. Sin embargo, una madre de California descubrió que es factible que dichos padres logren tal cosa ayudándose uno al otro la Organización de Padres Anónimos basado en el patrón de Alcohólicos Anónimos y otras organizaciones similares.¹⁷⁹

Finalmente Peter Maher señala que en el caso de que los niños sean retirados de sus hogares el cuidado con adoptantes, a largo plazo, puede mejorar el desarrollo emocional e intelectual, mientras que los niños que permanecen con sus padres biológicos no experimentan

¹⁷⁷ Elena Azaola Op. Cit. p 168

¹⁷⁸ Elena Azaola Op. Cit. p 167

¹⁷⁹ Vincent Fontana. Op. Cit. p 228

cambios, o empeoran,¹⁸⁰ por lo que debe ser considerada como una alternativa en el tratamiento de niños con abuso severo.

2.1.10 Intervenciones de Enfermería Especializada Infantil en el Síndrome de Niño Maltratado.

- En la prevención

- Identificar a las familias en riesgo de maltrato infantil.

Aunque existe discrepancia sobre la confiabilidad de este tópico, ya que se reporta una baja incidencia de maltrato en las familias consideradas de riesgo el poder identificarlas ayudará a reforzar en ellos las medidas preventivas. Por lo general, el riesgo de maltrato infantil se eleva considerablemente cuando se unen más de dos variables; por ejemplo, padres con problemas de alcohol, en condiciones sociales críticas, con niños que rechazan la autoridad paterna.¹⁸¹

¹⁸⁰ Peter Maher. Op. Cit. p 144

¹⁸¹ Verónica Sargoti. *Riesgo de maltrato infantil*. En internet: maestropsicologo.com. México, 2010. p 1. Consultado 8 de junio de 2011

Por lo que se recomienda que la Enfermera Especialista implemente en ellos actividades fomenten el apego afectivo y técnicas de disciplina sin violencia y acorde a las etapas de desarrollo del niño.

- Aplicar cuestionarios predictivos.

Se recomienda aplicarlos a todas las familias que entren en contacto con los servicios de salud con sospecha mínima de maltrato infantil. Eleanor Dumont comenta que lo más importante es la prevención del maltrato a través de la detección de los padres con mayor riesgo por medio de los cuestionarios predictivos.¹⁸²

- Vigilar estrechamente a las madres de recién nacidos en familias de riesgo.

Desde el nacimiento del niño se puede valorar la calidad de atención de la madre al niño y si existe, o no un apego emocional entre ellos. Virginia Aukamp refiere que en el momento del alta, la pareja deberá estar preparada para asumir ella sola el cuidado del niño. Esta preparación incluye la concienciación del control que deben ejercer sobre el entorno físico para la salud del niño.¹⁸³

¹⁸² Eleanor Dumont Op. Cit. p 194

¹⁸³ Virginia Aukamp. *Planes de cuidados en enfermería Materno-Infantil*. Ed. Doyma. Barcelona, 2006. p 211

- Conocer la historia del embarazo de las mujeres

Desde la etapa prenatal es posible detectar los factores de riesgo de maltrato así como hábitos que pueden poner en juego la integridad del feto. Virginia Aukamp comenta que los malos tratos potenciales a los niños pueden ya identificarse en el periodo prenatal.¹⁸⁴

La Enfermera Especialista debe ser capaz de reconocer estos datos de abuso fetal, acercarse a estas madres proporcionando orientación sobre cuidados prenatales y hacer visitas periódicas a estas futuras madres.

- Promover la planificación familiar.

Diversos autores mencionan como un factor de riesgo importante el embarazo no deseado, los padres adolescentes, o los matrimonios precoces, por lo que la prevención de embarazos será determinante para evitar el nacimiento de un niño bajo condiciones familiares desfavorables. Virginia Aukamp señala que el embarazo representa una tensión en cualquier familia. Si existe cualquier modelo de relación disfuncional, el embarazo aún lo evidenciara más. Si se trata de un embarazo no planificado todavía se complican más las

¹⁸⁴ Virginia Aukamp Op. Cit. p 28

cosas.¹⁸⁵ Con frecuencia las mujeres que no habían planificado quedar embarazadas, experimentaban escasos sentimientos de unión con su hijo durante todo el embarazo.¹⁸⁶

- Acercar a las familias de riesgo con instituciones de ayuda financiera y empleo

Existe la discrepancia de si la pobreza es un factor de riesgo para el maltrato infantil o si solo lo evidencia más por no tener la solvencia para disfrazarlo acudiendo a instituciones privadas o alternando los lugares donde el niño recibe la atención. Sin embargo, se ha manejado que con altos niveles de tensión pueden ser el detonante de violencia dentro de la familia, por lo que esta medida puede ayudar a disminuir el riesgo de maltrato infantil. También se mencionó la pobreza como un factor que impulsa a las familias a acudir a la explotación laboral y sexual de los niños.

- Promover las guías para padres

Estas guías son herramientas que pretenden promover la unión y los valores familiares para fortalecer el diálogo y lograr una relación de confianza, respeto, aceptación y cariño entre

¹⁸⁵ Virginia Aukamp Op. Cit. p 29

¹⁸⁶ Virginia Aukamp Op. Cit. p 146

padres e hijos.¹⁸⁷ Las guías no pretenden ser recetas de cocina para resolver los conflictos dentro de las familias pero como su nombre lo dice sirven como guías para que los padres orienten su actuar ante las crisis. El uso de un sistema de apoyo y educación con la pareja está indicado para ayudarles a afrontar cualquier cambio del desarrollo.¹⁸⁸

- Fomentar programas que estimulen el apego temprano entre madre e hijo

La Enfermera Especialista debe promover programas como el Método Madre Canguro o el Alojamiento Conjunto que permiten, desde el nacimiento, que la madre se involucre en el cuidado de su hijo, aun cuando es prematuro, lo que ayuda a disminuir su ansiedad y a fomentar el apego emocional entre el binomio. Al respecto Marta –Díaz Gómez comenta que el fomento del contacto precoz desde el momento del parto y la asistencia del padre al parto intensificará los lazos de unión padres-hijo, favoreciendo las relaciones emocionales positivas entre ellos. Durante el puerperio, en el hospital se debe seguir fomentando las relaciones padre-madre-niño.¹⁸⁹

- Orientar a las familias sobre los factores que incrementan el riesgo de accidentes en casa.

¹⁸⁷ Vamos México – SNTE *Guías para padres de 0 a 5 años*. Ed. Infantil y educación. México, 2004. p 4

¹⁸⁸ Virginia Aukamp Op. Cit. p 29

¹⁸⁹ Marta Díaz- Gómez. Op. Cit. p 110

Virginia Aukamp afirma que si se trata del primer hijo, es posible que la pareja no haya pensado en la necesidad de adaptar el entorno físico para la seguridad y protección del niño.¹⁹⁰ También se debe informar a los padres inexpertos que los niños pueden adquirir habilidades de un día para otro, como rodar en la cama, caminar sin apoyo o abrir puertas y cajones, por lo que es necesario que las medidas precautorias se tomen por anticipado.

- Informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la relación afectiva intrauterina.

Marta Díaz- Gómez recomienda que el personal de enfermería no solo debe hablar de los cambios físicos y los problemas del embarazo, debe ser informada de como madre e hijo están conectados no solo física sino también psicológicamente, y de como debe hablarle y comunicarse con él.¹⁹¹ Este fomento al apego puede disminuir el riesgo de abuso fetal y maltrato por negligencia al nacimiento del niño.

- Reconocer y referir los casos de abuso contra la mujer.

Es importante reducir la violencia en el entorno del niño. Un hombre que violenta a su pareja puede violentar a sus hijos

¹⁹⁰ Virginia Aukamp Op. Cit. p 191

¹⁹¹ Marta Díaz-Gómez. Op. Cit. p 191

también. Una mujer violentada puede desahogar su ira violentando a sus hijos. Con esta medida la Enfermera Especialista reduce el riesgo de que el niño se vea involucrado en alienación parental y una buena relación entre los padres también reduce el riesgo de incesto.

- Implementar programas de orientación sobre el maltrato en Escuelas.

Se debe trabajar con padres, maestros y alumnos para que colaboren en la prevención, detección y denuncia de los casos de maltrato infantil. Los profesores se encuentran en la mejor posición para detectar los datos de maltrato entre sus alumnos pues son quienes más contacto tiene con ellos. Sí el profesor está bien orientado sobre el tema puede ser un apoyo invaluable. (Ver Anexo no. 9: Detección del niño maltratado).

Peter Maher refiere que las instituciones educativas, incluyendo escuelas, tienen un importante papel, a través de la preparación y apoyo de las futuras generaciones de padres y en la formación de vecinos que desempeñen funciones importantes respecto de la atención general para con los niños, en un contexto comunitario más extenso.¹⁹²

¹⁹² Peter Maher. Op. Cit. p 229

Vincent Fontana recomienda que en los planes de estudio se incluyan, para los adecuados grupos de edad, clases sobre la vida y la responsabilidad de la familia, lecciones sobre el significado de amor, compasión, comprensión humana y atención para los demás; y cursos que traten el tema del maltrato infantil, sus causas, sus manifestaciones y sus posibles curas. Quizá los niños aprendan en esta forma a ser más protectores y menos punitivos.¹⁹³

- Fomentar la educación sexual desde la infancia.

La instrucción sobre educación sexual se debe hacer acorde a las capacidades de comprensión del niño y con la previa autorización de los padres. Elena Azaola afirma que es importante insistir en que deben reconocerse el derecho de los niños y niñas a preservar su intimidad; a resguardar su cuerpo y la imagen que de sí mismos tienen; a que no se interrumpa o se violente la relación que tienen con su cuerpo, con su sexualidad y con los otros y se les permita decidir sobre ello; a que nadie los utilice como objetos de placer y a que tampoco se comercie con ellos como si fueran mercancías.¹⁹⁴ Un niño con una adecuada educación en sexualidad será capaz de saber cuando es violentado, podrá defenderse y tendrá los recursos para reportar el abuso sobre todo si los padres y/o maestros le dan la seguridad de que será apoyado.

¹⁹³ Vincent Fontana Op. Cit. p 223

¹⁹⁴ Elena Azaola. Op. Cit. p 162

- Realizar charlas informativas sobre drogodependencia.

Cada vez es menor la edad en la que los niños inician el contacto con drogas ilegales y por ello se recomienda que las charlas se den a los niños desde nivel primaria y se continúe con refuerzos periódicos. Se debe hacer hincapié en los daños que esto produce a la salud y los vínculos que tiene con la violencia, el abuso sexual, el abandono de la familia y los embarazos tempranos. Debe haber apertura para que los niños comenten las dudas y fomentar la confianza suficiente para que hagan el reporte en caso de que conozcan quien vende las drogas dentro de la Escuela.

- Explicar a las mujeres embarazadas hábitos saludables para su hijo no- nato.

Se debe entender que en muchos de los casos el abuso fetal se da por ignorancia de las mujeres sobre las medidas de salud que deben de tomar al estar embarazadas y por diversas situaciones no acuden a una consulta prenatal donde se les proporcione esta orientación. Arturo Loredó afirma que entender todos los aspectos positivos y negativos que están involucrados en el fenómeno del embarazo permitirán controlar y, lo más importante, prevenir el fenómeno de abuso fetal.¹⁹⁵

¹⁹⁵ Arturo Loredó Op. Cit. p 165

- Divulgar los derechos de los niños.

Se recomienda que la población general conozca los derechos de los niños ya que muchas de las violaciones se comenten por ignorancia. También contribuye a que los testigos de los abusos contra los niños sepan que se está cometiendo un delito y puedan denunciarlo.

- En la atención

- Atender las lesiones y las enfermedades de transmisión sexual.

Según Cesar Osorio las primeras medidas de rehabilitación que deben tomarse para con el niño maltratado son de tipo médico, pero no solo son las primeras, sino las fundamentales.¹⁹⁶ Según Mario Acosta Bastida se debe seguir los siguientes pasos en la atención del niño politraumatizado: Inicialmente se debe permeabilizar la vía aérea, inmovilizar la columna cervical, mejorar la respiración y mejorar la circulación. Posteriormente se realizara una exploración física completa, una historia clínica detallada, exámenes radiológicos y exámenes especiales para decidir el tratamiento definitivo.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Cesar Osorio Op. Cit. p 63

¹⁹⁷ Mario Acosta. El niño politraumatizado en Pediatría Médica. Ed. Trillas. México, 1994 p 453

Con respecto de las infecciones de transmisión sexual se deben descartar todas ellas, en los casos de abuso sexual e iniciar el tratamiento hasta que se haga la prueba diagnóstica definitiva para la patología de la cual se tenga sospecha.

- Realizar una Historia Clínica minuciosa.

Se debe buscar el registro de lesiones previas, problemas persistentes de alimentación, falta de inmunizaciones y de ser posible acudir a la escuela para saber si existe ausentismo escolar y datos de descuido en el niño. Sin embargo Dorothy Marlow comenta que se debe tomar en cuenta que los padres de menores maltratados los llevan con frecuencia a diferentes médicos u hospitales para evitar que los identifiquen con ataques anteriores.¹⁹⁸

- Evaluar con un equipo multidisciplinario la posibilidad de estar ante un caso de maltrato infantil.

La valoración de un niño maltratado debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario que incluya enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales y médicos forenses. Posteriormente cada profesional de las diferentes disciplinas deberá llevar el manejo que le corresponde para lograr una atención integral.

¹⁹⁸ Dorothy Marlow Op. Cit. p 141

- Anotar las observaciones de enfermería.

Se debe ser siempre objetiva en las anotaciones y no anotar opiniones personales, se puede utilizar un instrumento de valoración específico para los casos de sospecha de maltrato. Dorthy Marlow aconseja anotar las observaciones sobre el estado físico como lo haría para cualquier otro paciente, pero no se debe anotar que parece que el niño ha sido golpeado. Sin embargo, si el adulto que acompaña al niño declara que fue golpeado, la enfermera debe anotar estas u otras declaraciones entre comillas junto con la identidad de esta persona.¹⁹⁹

- Adoptar una actitud constructiva hacia los padres y no juzgar.

Se debe tomar una actitud imparcial, aun en casos confirmados de maltrato pues se trata de apoyar a los padres a superar la crisis, no de incrementar la tensión. Eleanor Dumont pide recordar que ellos a su vez, han sido niño maltratados u olvidados. Muchos tienen expectativas irreales en relación a la capacidad e inteligencia del niño.²⁰⁰

¹⁹⁹ Id.

²⁰⁰ Eleanor Dumont. Op. Cit. p 195

- Hablar con los padres sobre los métodos de disciplina que han sido probados.

En ocasiones lo que los padres necesitan son consejos sobre la experiencia personal de otros padres o personas que estén en contacto frecuente con niños. Marta Díaz- Gómez señala que se debe dar información sobre métodos alternativos de disciplina. Hay que reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo del niño, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva.²⁰¹

- Ayudar a los padres a descubrir las necesidades del niño.

En ocasiones los padres, sobre todo los primerizos, desconocen las etapas de desarrollo del niño y pretenden que tengan respuestas que no van acorde a la edad. Por lo que será necesario orientarles sobre estas etapas y como debe responder e las necesidades que cada una de ellas implica. Cabe señalar que según Virginia Aukamp si los padres conocen los estadios conductuales comprenderán mejor las reacciones del niño. Esto mejorara las relaciones entre los padres y el niño. Puede ayudar a prevenir la desorganización familiar. El temperamento del niño y la adaptación de

²⁰¹ Marta Díaz – Gómez Op. Cit. p 191

los padres a su papel de progenitores son factores críticos para el desarrollo del niño.²⁰²

- Ayudar a los padres a dominar su conducta dominante.

Se debe recordar a los padres que es importante respetar la autonomía del niño y según Marta Díaz-Gómez con refuerzos positivos a la buena conducta del niño, se reducirá la confrontación padres-hijo y se promoverá la estimulación del niño y su estabilidad emocional.²⁰³

- Ayudar a reconocer los significados de las actitudes del niño.

En ocasiones los padres no saben el porqué de las actitudes del niño o desconocen cómo debe realizarse su cuidado. Por tanto se debe fomentar la observación y que los padres aprendan a conocer a su hijo y su forma de manifestar sus demandas. Los padres deben aprender a responder a las conductas en términos de las necesidades de los niños más que basados en su propio estado anímico.

²⁰² Virginia Aukamp Op. Cit. p 212

²⁰³ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 191

- Animar a los padres a hablar sobre sus dudas.

Esta acción tiene la finalidad de orientar a los padres sobre el manejo que se debe dar en casa al niño después del alta hospitalaria y a su vez ayuda valorar la capacidad de la familia para tener de nuevo al niño en casa.

- En la rehabilitación

- Proporcionar a los padres educación continua que mejore su autoestima.

Marta Díaz- Gómez recomienda el refuerzo positivo a los padres y comenta que se deben identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos y reforzar su autoestima y competencia.²⁰⁴

- Plantear un programa de seguimiento.

Se deben planear visitas domiciliarias y consultas con todo el personal involucrado en el manejo de la familia con Síndrome de Niño Maltratado. Virginia Aukamp recomienda que durante la visita domiciliaria se debe comprobar que la pareja ha procurado un entorno

²⁰⁴ Marta Díaz- Gómez Op. Cit. p 191

seguro para el niño. Indagar, en la visita a la institución, si la pareja conoce las medidas de seguridad de su entorno doméstico.²⁰⁵

En la visita domiciliaria o al acudir a consultas externas, observar si el niño está limpio, si ha aumentado de peso y su aspecto es cuidado. Valorar si la pareja expresa su conocimiento de la personalidad única del niño y si son capaces de discutir planes para el siguiente estadio del desarrollo.²⁰⁶

- Hacer uso de felicitaciones en las evaluaciones de seguimiento.

Se sabe que las críticas constructivas son motivadoras, disminuyen la frustración y en este caso pueden ayudar a mejorar las relaciones intrafamiliares. Se deben evitar los enjuiciamientos, como se mencionó anteriormente y las frases negativas o de reproche.

- Buscar residencias de protección.

En el caso de que se determine la incapacidad de los padres para continuar con el cuidado del niño se deben buscar alternativas donde el niño cuente con un entorno seguro. Peter Maher comenta que eliminar el ambiente en que se producen las conductas

²⁰⁵ Virginia Aukamp. Op. Cit. p 211

²⁰⁶ Id.

de violencia mejorará la situación del niño, pues desaparecen los factores de agresión o los relacionados con ellos.²⁰⁷ Pero siempre se debe procurar el regreso del niño a su familia después del tratamiento correspondiente.

²⁰⁷ Peter Maher. Op. Cit. p 230

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA INFANTIL EN EL SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO

- Indicadores de la variable

- En la prevención

- Identificar a las familias en riesgo de maltrato infantil.
- Aplicar cuestionarios predictivos.
- Vigilar estrechamente a las madres de recién nacidos en familias de riesgo.
- Conocer la historia del embarazo de las mujeres
- Promover la planificación familiar.
- Acercar a las familias de riesgo con instituciones de ayuda financiera y empleo.
- Promover las guías para padres
- Fomentar programas que estimulen el apego temprano entre madre e hijo.
- Orientar a las familias sobre los factores que incrementan el riesgo de accidentes en casa.

- Informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la relación afectiva intrauterina.
- Reconocer y referir los casos de abuso contra la mujer.
- Implementar programas de orientación sobre maltrato en Escuelas.
- Fomentar la educación sexual desde la infancia.
- Realizar charlas informativas sobre drogodependencia.
- Explicar a las mujeres embarazadas hábitos saludables para su hijo no- nato
- Divulgar los derechos de los niños.

- En la atención.

- Atender las lesiones y las enfermedades de transmisión sexual.
- Realizar una Historia clínica minuciosa.
- Evaluar con un equipo multidisciplinario la posibilidad de estar ante un caso de maltrato infantil.
- Anotar las observaciones de enfermería.
- Adoptar una actitud constructiva hacia los padres y no juzgar.
- Hablar con los padres sobre los métodos de disciplina que han sido probados.
- Ayudar a los padres a descubrir las necesidades del niño.
- Ayudar a los padres a dominar su conducta dominante.
- Ayudar a reconocer los significados de las actitudes del niño.
- Animar a los padres a hablar sobre sus dudas.

- En la Rehabilitación

- Proporcionar a los padres educación continua que mejore su autoestima.
- Plantear un programa de seguimiento.
- Hacer uso de felicitaciones en las evaluaciones de seguimiento.
- Buscar residencias de protección.

3.1.2 Definición operacional. SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO

-Concepto de Síndrome de niño maltratado.

El Síndrome de Niño Maltratado implica toda agresión u omisión intencional, física, sexual, emocional y/o negligencia: dentro o fuera del hogar, contra un menor, antes o después de nacer, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física o intelectual.

- Tipos de maltrato infantil

La Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud ha creado un Comité para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado (CEAINM) el cual establece la siguiente clasificación para

el maltrato infantil. Las cuatro modalidades básicas son: el abuso físico, el abuso sexual, el abuso psicológico, y negligencia. Las formas poco consideradas que incluyen el Síndrome de Munchausen por poder, abuso fetal, maltrato étnico, ritualismo satánico y niños en situación de calle. Por último las formas poco conceptualizadas: niños en situación de guerra, niños migrantes, niños trabajadores, violencia entre pares (bullying), alienación parental, maltrato por depredación, niño expósito y niño abandonado.

- Etiología del maltrato infantil

Se puede dividir en tres de acuerdo con los integrantes del maltrato como son factores del huésped (niño), agente (adulto maltratador) y medio ambiente.

El niño puede ser portador de algún defecto físico y/o deficiencia mental, ser producto de embarazo no deseado ni planeado, ser del sexo diferente al esperado por los padres. En cuanto al agresor se puede decir que es un adulto frustrado incapaz de controlar sus emociones, que refiere cansancio, problemas con la pareja y de comunicación en el resto de la familia, alcoholismo o uso de alguna droga, inexperiencia o falta de preparación en el ejercicio de la paternidad responsable, desintegración familiar, traumas del adulto maltratado en su niñez, expectativas irreales sobre el niño. En relación con el medio, problemas económicos, falta de espacio para su

recreación para todos los miembros de la familia, en especial de los niños y ambiente hostil en el hogar.

- Diagnóstico de maltrato infantil

Elaborar el diagnóstico implica una Historia clínica completa, exploración física completa con exploración de fondo de ojo y buscando los siguientes indicadores de maltrato físico: Hematomas, equimosis, eritemas y contusiones en la cara, labios, boca, tórax, abdomen, brazos y piernas, cicatrices en varias etapas de evolución, marcas de objetos como cinturón, cable, cadena, plancha, etcétera, quemaduras inexplicables en palmas de las manos, pies, brazos y espalda (huellas de quemaduras de cigarrillos). También hay que explorar luxaciones y fracturas inexplicables en diversas fases de consolidación (fractura de clavícula). Lesiones musculares. Señales de mordeduras humanas. Trauma ocular, traumatismo craneoencefálico, lesiones musculares.

Los indicadores de maltrato psicológico son retardo en el desarrollo físico, emocional e intelectual, cansancio, somatizaciones, problemas de lenguaje, fobias, autoestima baja, sentimientos de miedo e ira y tristeza. En el caso de abuso sexual hay que buscar ropa interior rasgada, manchada o sanguinolenta, dificultad para caminar o sentarse, irritación, picor, dolor o lesión en la zona genital o anal, infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario u orales, embarazo y precocidad sexual.

- Manifestaciones clínicas del Síndrome de Niño Maltratado

En general los efectos a corto plazo en el niño maltratado por sus padres son: Un cambio de apariencia y de conducta, un cambio de actitud hacia el padre brutal, claro exponente del miedo y los síntomas del estrés emocional como enuresis diurna o nocturna, encopresis, rechazo de los alimentos, vómitos etc. A mediano y largo plazo: baja autoestima, inseguridad, depresión, sentimiento de inferioridad e inadecuación, conducta agresiva problemas de disciplina y comportamiento ilegal entre otras. Las consecuencias antes mencionadas tienden a producir en la víctima trastornos que lo llevan a asumir conductas desviadas que afectan a la sociedad.

- Epidemiología del Síndrome de Niño Maltratado

De acuerdo con datos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en México, en 2004, se registraron 38,554 denuncias por maltrato infantil; en 22,842 de ellas se comprobó el maltrato, sin embargo, sólo 3,917 se presentaron ante el Ministerio Público, es decir, que solamente 10% de las denuncias llegaron a instancias de procuración de justicia. Así de 36,609 menores de edad maltratados atendidos, 46.1% eran niños y 47.3% eran niñas. En orden descendente, los tipos de maltrato más frecuentes fueron: omisión de cuidados, maltrato físico y maltrato emocional.

- Tratamiento

El tratamiento incluye atención inmediata a las lesiones y/o Infecciones de transmisión sexual. El tratamiento de los niños maltratados puede abarcar terapia nutricional y de salud mental. Es posible que sea necesario retirar al niño del hogar para prevenir un maltrato posterior. El tratamiento de las personas que maltratan puede involucrar clases sobre la crianza, al igual que tratamientos para enfermedades mentales, alcoholismo o drogadicción.

- Intervenciones de enfermería

En la prevención las intervenciones de la Enfermera Especialista serán: Identificar a las familias en riesgo de maltrato infantil, aplicar cuestionarios predictivos, vigilar estrechamente a las madres de recién nacidos en familias de riesgo, conocer la historia del embarazo de las mujeres embarazadas, promover la planificación familiar, acercar a las familias de riesgo con instituciones de ayuda financiera y empleo, promover las guías para padres.

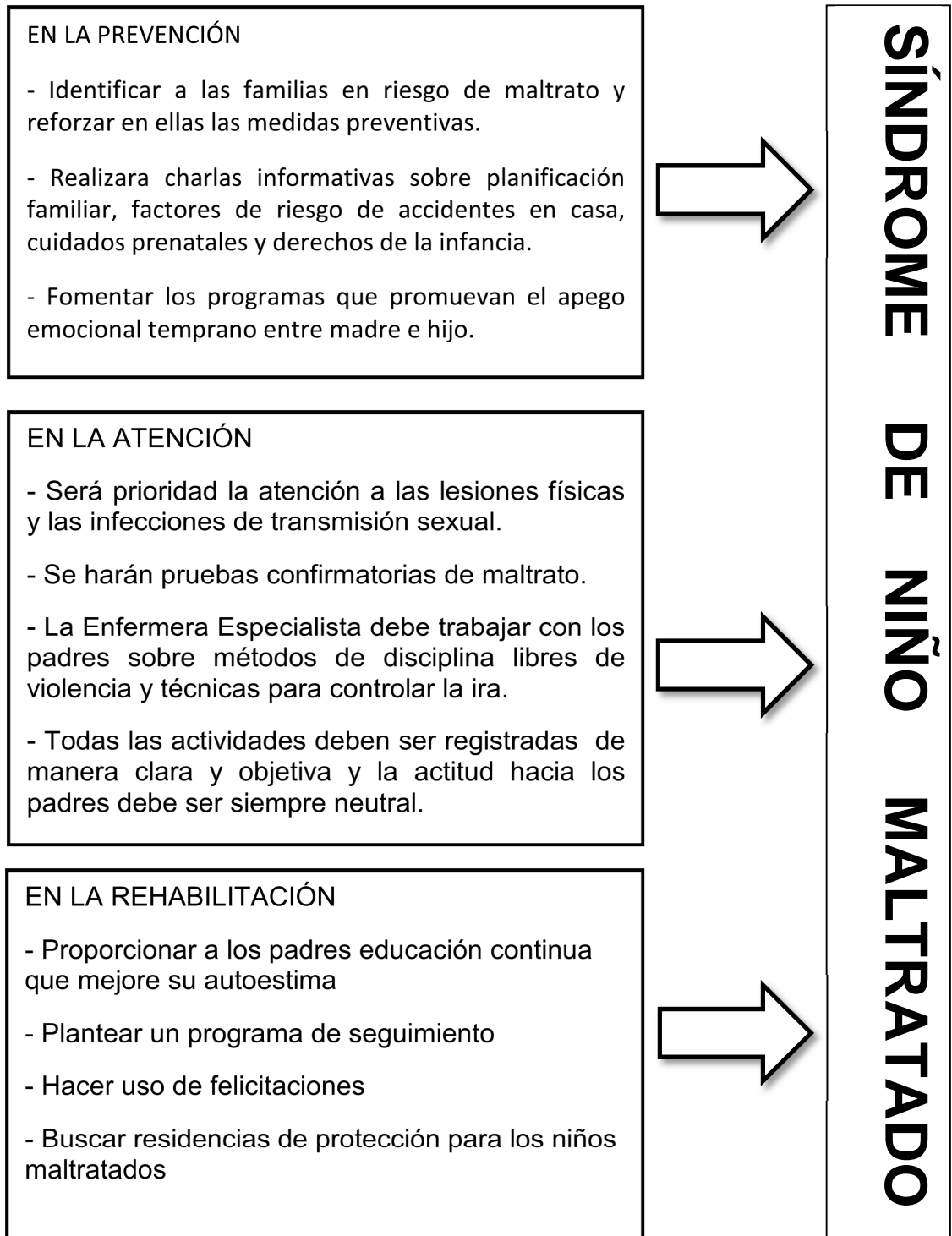
Parte importante de los cuidados es fomentar programas que estimulen el apego temprano entre madre e hijo, orientar a las familias sobre los factores que incrementan el riesgo de accidentes en casa, informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la relación afectiva intrauterina, reconocer y referir los casos de abuso contra la mujer, implementar programas de orientación sobre maltrato

en escuelas, fomentar la educación sexual desde la infancia, realizar charlas informativas sobre drogodependencia, explicar a las mujeres embarazadas hábitos saludables para su hijo no- nato y divulgar los derechos de los niños.

En la atención se recomienda iniciar con la atención a las lesiones y las enfermedades de transmisión sexual, posteriormente realizar una Historia Clínica minuciosa, evaluar con un equipo multidisciplinario la posibilidad de estar ante un caso de maltrato infantil anotar las observaciones de enfermería, adoptar una actitud constructiva hacia los padres y no juzgar hablar con los padres sobre los métodos de disciplina que han sido probados, ayudar a los padres a descubrir las necesidades del niño, ayudar a los padres a dominar su conducta dominante, ayudar a reconocer los significados de las actitudes del niño, animar a los padres a hablar sobre sus dudas.

En la rehabilitación se debe proporcionar a los padres educación continua que mejore su autoestima, plantear un programa de seguimiento, hacer uso de felicitaciones en las evaluaciones de seguimiento y de ser necesario buscar residencias de protección

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable atención de Enfermería Especialista en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.

Es analítica porque para estudiar la variable intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado, es necesario descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal porque esta investigación se hizo en un período corto de tiempo. Es decir, en los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2011.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable intervenciones de Enfermería Especializada a fin de proponer y proporcionar una atención de calidad y especializada a los pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.

Es propositiva porque en esta Tesina se propone sentar las bases de lo que implica el deber ser de la atención especializada de enfermería en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.

3.2.2 Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Seminario – Taller de elaboración de Tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de una problemática de investigación de Enfermería Especializada relevante en las intervenciones de la Especialidad de Enfermería Infantil.
- Elaboración de los objetivos de la Tesina, así como el Marco teórico conceptual y referencial.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco teórico y referencial de Síndrome de Niño Maltratado en la Especialidad en Enfermería Infantil.
- Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de enfermería en Síndrome de Niño Maltratado.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial, de tal forma que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la intención de enfermería en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista infantil en la atención de los pacientes con Síndrome de Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de esta Tesina al analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Infantil en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista Infantil en la prevención, en la atención y en la rehabilitación de pacientes con Síndrome de Niño Maltratado.

Dado que México tiene el primer lugar de incidencia entre los países de la OCDE en Síndrome de Niño Maltratado es indispensable que la Enfermera Especialista Infantil valore a aquellos niños a quienes se sospecha de maltrato por factores de riesgo o datos clínicos. Por ello para brindar una atención especializada y de calidad la Enfermera Especialista Infantil en su cuidado debe propiciar la atención en cuatro áreas básicas para el cuidado de los niños maltratados. Estas áreas básicas son: En servicios, en docencia, en administración y en investigación como a continuación se explica.

- En servicios

En los servicios se efectúa la prevención para la cual es fundamental la educación en diversos temas que van desde

planificación familiar, prevención de accidentes en casa y cuidados prenatales hasta otros más enfocados a maltrato como derechos de los niños y detección o referencia de casos de maltrato en escuelas y educación sexual. Se deben realizar programas de fomento al apego emocional madre-hijo priorizando las etapas prenatal y pos-parto inmediato, consideradas elementales en este proceso.

Se deben identificar a las familias de riesgo para reforzar en ellas las medidas preventivas antes citadas e implementar otras como las guías para padres, vigilancia de la dinámica familiar y aplicación de cuestionarios predictivos.

Al momento de la atención será prioridad la atención a las lesiones e infecciones de transmisión sexual que se puedan encontrar en los niños con abuso sexual. Una vez resuelta la urgencia médica se debe hacer una historia clínica minuciosa para confirmar o descartar que se trate de un caso de maltrato.

De confirmarse el diagnóstico se deben implementar algunas medidas, tanto en los padres como en el niño, encaminadas a mejorar la dinámica familiar y la adaptación a cada etapa del desarrollo del niño. Se debe recordar que es indispensable tomar una actitud neutral ante los padres, evitar comentarios que pudiesen incomodarlos y no caer en la divulgación del tema ante los padres de otros pacientes. Todas las acciones implementadas

y las observaciones realizadas deben ser registradas objetivamente en las hojas de enfermería de manera clara ya que pueden ser evidencia para la resolución legal del caso.

Finalmente, al momento de la rehabilitación las acciones de la Enfermera Especialista Infantil serán encaminadas a dar seguimiento a los casos de maltrato, previendo nuevos incidentes y orientando en la resolución de los mismos.

- En docencia

En general, la función de la Enfermera Especialista Infantil en pacientes con Síndrome de Niño Maltratado es la de ser educadora ya que la mayor parte de las intervenciones se enfocan en la orientación para padres de familia o futuros padres, maestros y grupos de resigo. La orientación será focalizada para cada uno de estos grupos y debe ser siempre clara, veraz y usando lenguaje acorde a la población.

La Enfermera Especialista infantil debe evitar caer en exageraciones con el fin de impactar más a los oyentes, tocar temas como tabúes y hacer comentarios a manera de críticas negativas pues solo crearán una barrera en la comunicación. Es necesario cerciorarse de que las personas comprendieron el tema expuesto pidiendo que repitan partes de la charla que fueron de más interés para ellos. Además hay que motivar a las personas a

que expresen sus dudas para lo cual es necesario ganarse su confianza.

- En la administración

La Enfermera Especialista ha recibido enseñanzas en la carrera de la Licenciatura en Enfermería de Administración de los Servicios de Enfermería. Por ello es necesario que planee, organice, integre, dirija y controle los cuidados de enfermería en beneficio de los pacientes. De esta forma y con base en los datos de la valoración y de los Diagnósticos de Enfermería, planeará los cuidados, teniendo como meta principal el que el paciente con Síndrome de Niño Maltratado mejore sus condiciones de vida.

La Enfermera Especialista tendrá como principal tarea el proveer de un entorno seguro al niño valiéndose de recursos intra y extra-hospitalarios como son casas de asistencia social, grupos de apoyo e instituciones de ayuda financiera que apoyen a personas involucradas en esta problemática.

- En investigación

El aspecto de investigación permite a la Enfermera Especialista hacer diseños de investigación, protocolos o proyectos derivados de la actividad que enfermería realiza durante el manejo del paciente con Síndrome de Niño Maltratado.

Por ejemplo, el estudio de los factores de riesgo para el maltrato infantil o sobre el afrontamiento de las crisis dentro de las familias y tácticas que pudiesen ayudarlos a superarlas.

4.2 RECOMENDACIONES

- En la prevención

- Identificar a las familias en riesgo de maltrato infantil. Aunque existe discrepancia sobre la confiabilidad de este tópico, ya que se reporta una baja incidencia de maltrato en las familias consideradas de riesgo el poder identificarlas ayudará a reforzar en ellos las medidas preventivas. Por ello es necesario implementar en ellos actividades fomenten el apego afectivo y técnicas de disciplina sin violencia y acorde a las etapas de desarrollo del niño.
- Aplicar cuestionarios predictivos a todas las familias que entren en contacto con los servicios de salud con sospecha mínima de maltrato infantil.
- Vigilar estrechamente a las madres de recién nacidos en familias de riesgo ya que desde el nacimiento del niño se puede valorar la calidad de atención de la madre al niño y si existe, o no un apego emocional entre ellos.

- Conocer la historia del embarazo de las mujeres ya que desde la etapa prenatal es posible detectar los factores de riesgo de maltrato así como hábitos que pueden poner en juego la integridad del feto.
- Promover la planificación familiar puesto que diversos autores mencionan como un factor de riesgo importante el embarazo no deseado, los padres adolescentes, o los matrimonios precoces, por lo que la prevención de embarazos será determinante para evitar el nacimiento de un niño bajo condiciones familiares desfavorables.
- Acercar a las familias de riesgo con instituciones de ayuda financiera y empleo ya que si la pobreza es un factor de riesgo para el maltrato infantil se puede evidenciar más por no tener solvencia económica.
- Promover las guías para padres ya que estas guías son herramientas que pretenden promover la unión y los valores familiares para fortalecer el diálogo y lograr una relación de confianza, respeto, aceptación y cariño entre padres e hijos.
- Fomentar programas que estimulen el apego temprano entre madre e hijo. Se sabe que existen programas como el Método Madre Canguro o el Alojamiento Conjunto que permiten, desde el nacimiento, que la madre se involucre en el cuidado de su hijo,

aun cuando es prematuro, lo que ayuda a disminuir su ansiedad y a fomentar el apego emocional entre el binomio.

- Orientar a las familias sobre los factores que incrementan el riesgo de accidentes en casa. Si se trata del primer hijo, es posible que la pareja no haya pensado en la necesidad de adaptar el entorno físico para la seguridad y protección del niño.
- Informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la relación afectiva intrauterina. Por ello el personal de enfermería no solo debe hablar de los cambios físicos y los problemas del embarazo, sino que debe ser informada de como madre e hijo están conectados no solo física sino también psicológicamente.
- Reconocer y referir los casos de abuso contra la mujer. Para importante reducir la violencia en el entorno del niño dado que un hombre que violenta a su pareja puede violentar a sus hijos también y una mujer violentada puede desahogar su ira violentando a sus hijos.
- Implementar programas de orientación sobre maltrato en escuelas. Para ello se requiere trabajar con padres, maestros y alumnos para que colaboren en la prevención, detección y denuncia de los casos de maltrato infantil. De hecho los profesores son los que tienen la mejor posición para detectar los datos de maltrato entre sus alumnos pues son quienes más

contacto tiene con ellos. Sí el profesor está bien orientado sobre el tema puede ser un apoyo invaluable

- Fomentar la educación sexual desde la infancia, siempre acorde a las capacidades de comprensión del niño y con la previa autorización de los padres.

- Realizar charlas informativas sobre drogodependencia haciendo hincapié en los daños que la droga produce a la salud y los vínculos que tiene con la violencia, el abuso sexual, el abandono de la familia y los embarazos tempranos.

- Explicar a las mujeres embarazadas la necesidad de fomentar los hábitos saludables para su hijo no- nato. Para ello hay que entender en muchos de los casos el abuso fetal de da por ignorancia de las mujeres sobre las medidas de salud que deben de tomar al estar embarazadas y por diversas situaciones no acuden a una consulta prenatal donde se les proporcione esta orientación.

- Divulgar los derechos de los niños ya que recomienda que la población general conozca los derechos de los niños ya que muchas de las violaciones se comenten por ignorancia. También contribuye a que los testigos de los abusos contra los niños sepan que se está cometiendo un delito y puedan denunciarlo.

- En la atención

- Atender las lesiones y las enfermedades de transmisión sexual pues las primeras medidas de rehabilitación que deben tomarse para con el niño maltratado son de tipo médico, ya que son fundamentales para salvaguardar la vida del niño.
- Realizar una Historia Clínica minuciosa. Por ello debe buscar el registro de lesiones previas, problemas persistentes de alimentación, falta de inmunizaciones y de ser posible, acudir a la Escuela para saber si existe ausentismo escolar y datos de descuido en el niño.
- Evaluar con un equipo multidisciplinario la posibilidad de estar ante un caso de maltrato infantil. Esto permitirá un mejor diagnóstico y una atención integral al niño maltratado.
- Anotar las observaciones de enfermería. En este caso se debe ser siempre objetiva en las anotaciones y no anotar opiniones personales. Para evitar esto se puede utilizar un instrumento de valoración específico para los casos de sospecha de maltrato.
- Adoptar una actitud constructiva hacia los padres y no juzgar actuar de manera imparcial, aun en casos confirmados de maltrato pues se trata de apoyar a los padres a superar la crisis, no de incrementar la tensión.

- Hablar con los padres sobre los métodos de disciplina que han sido probados ya que en ocasiones lo que los padres necesitan son consejos sobre la experiencia personal de otros padres o personas que estén en contacto frecuente con niños.
- Ayudar a los padres a descubrir las necesidades del niño puesto que en ocasiones los padres, sobre todo los primerizos, desconocen las etapas de desarrollo del niño y pretenden que tengan respuestas que no van acorde a la edad. Por ello será necesario orientarles sobre estas etapas y como debe responder e las necesidades que cada una de ellas implica.
- Recordar a los padres que es importante respetar la autonomía del niño con refuerzos positivos a la buena conducta del niño, reducir la confrontación padres-hijo y promover la estimulación del niño y su estabilidad emocional.
- Ayudar a reconocer los significados de las actitudes del niño. En ocasiones los padres no saben el porqué de las actitudes del niño o desconocen cómo debe realizarse su cuidado. Por tanto, se debe fomentar la observación y que los padres aprendan a conocer a su hijo y su forma de manifestar sus demandas. Los padres deben aprender a responder a las conductas en términos de las necesidades de los niños más que basados en su propio estado anímico.

- Animar a los padres a hablar sobre sus dudas para orientar a los padres sobre el manejo que se debe dar en casa al niño después del alta hospitalaria y a su vez, ayudar a valorar la capacidad de la familia para tener de nuevo al niño en casa.

- En la rehabilitación

- Proporcionar a los padres con educación continua que mejore su autoestima e identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabando sus esfuerzos para reforzar su autoestima y competencia.

- Plantear un programa de seguimiento al niño maltratado con visitas domiciliarias y consultas con todo el personal involucrado en el manejo de la familia.

- Observar si el niño está limpio, si ha aumentado de peso y su aspecto es cuidado. Valorar si la pareja expresa el conocimiento de la personalidad única del niño y si son capaces de discutir planes para el siguiente estadio del desarrollo.

- Hacer uso de felicitaciones en las evaluaciones de seguimiento. Se sabe que las críticas constructivas son motivadoras, disminuyen la frustración y en este caso, pueden ayudar a mejorar las relaciones intrafamiliares. Para ello se deben evitar los

enjuiciamientos, como se mencionó anteriormente y las frases negativas o de reproche.

- Buscar residencias de protección al niño solo en el caso de que se determine la incapacidad de los padres para continuar con el cuidado del niño. Para ello se deben buscar alternativas donde el niño cuente con un entorno seguro.

5. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO NO. 1: DERECHOS DE LOS NIÑOS

ANEXO NO. 2: CLASIFICACIÓN DE FORMAS DE MALTRATO EN
MENORES

ANEXO NO. 3: MODELO PSICOSOCIAL DE CAUSAS DE ABUSO
DEL NIÑO

ANEXO NO. 4: CICLO DE VIOLENCIA DE LA AGRESIÓN.

ANEXO NO. 5: PADRES PATÓGENOS

ANEXO NO. 6: PRINCIPALES TIPOS DE LESIONES
ENCONTRADOS EN EL NIÑO MALTRATADO

ANEXO NO. 7: INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

ANEXO NO. 8: PROPUESTA DE UNA RUTA DE ATENCIÓN

ANEXO NO. 9: DETECCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO

ANEXO NO. 1

DERECHOS DE LOS NIÑOS

PRINCIPIO 1. Establece que los derechos enunciados en la Declaración serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna.

PRINCIPIO 2. Prevé que el niño gozará de protección especial y podrá disponer de las oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse en forma sana y normal, en condiciones de libertad y dignidad a fin de crecer no sólo física, sino también mental, moral y socialmente.

PRINCIPIO 3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

PRINCIPIO 4. El niño tiene derecho a disfrutar de los beneficios de la Seguridad Social, por lo tanto de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados. Los cuidados especiales que se le brinden al menor y a su madre, deben garantizarse desde antes de su nacimiento.

PRINCIPIO 5. Los niños con alguna enfermedad o discapacidad física o mental, deben recibir tratamiento, educación y cuidados

especializados. Pueden aprender muchas cosas si se les dedica atención y cuidados adecuados.

PRINCIPIO 6. Los niños, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesitan de amor y comprensión. Siempre que sea posible deberán crecer bajo el cuidado y responsabilidad de sus padres; salvo casos excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y autoridades, tienen la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia.

PRINCIPIO 7. El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le debe dar una educación que favorezca su cultura general y le permita desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, para llegar a ser un miembro útil a la sociedad. El niño debe disfrutar de juegos y recreaciones.

PRINCIPIO 8. Los niños deben ser los primeros en recibir protección y socorro.

PRINCIPIO 9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada y, en ningún caso se le permitirá que se dedique a alguna ocupación o empleo que pueda

perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

PRINCIPIO 10. El niño debe ser protegido contra las prácticas discriminatorias. Si alguno es diferente al resto de los demás porque habla otro idioma, tiene otros gustos, otras costumbres, otras ideas, otra religión o viene de otro pueblo, no debe hacerse sentir inferior o extraño, tiene los mismos derechos que los demás. Cualquiera que sea el color de la piel, de sus ojos o de su cabello, tiene derecho a ser respetado. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

FUENTE: Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Derechos de los niños y las niñas*. En internet www.cndh.org.mx. México, 2011 p 1. Consultado el 26 de abril de 2011

ANEXO NO. 2

CLASIFICACIÓN DE FORMAS DE MALTRATO EN MENORES

I. Formas básicas

- I. Abuso físico
- II. Abuso sexual
- III. Abuso psicológico
- IV. Negligencia

2. Formas poco consideradas

- Síndrome de Munchausen por poder
- Abuso fetal
- Maltrato étnico
- Ritualismo satánico
- Niños en situación de calle

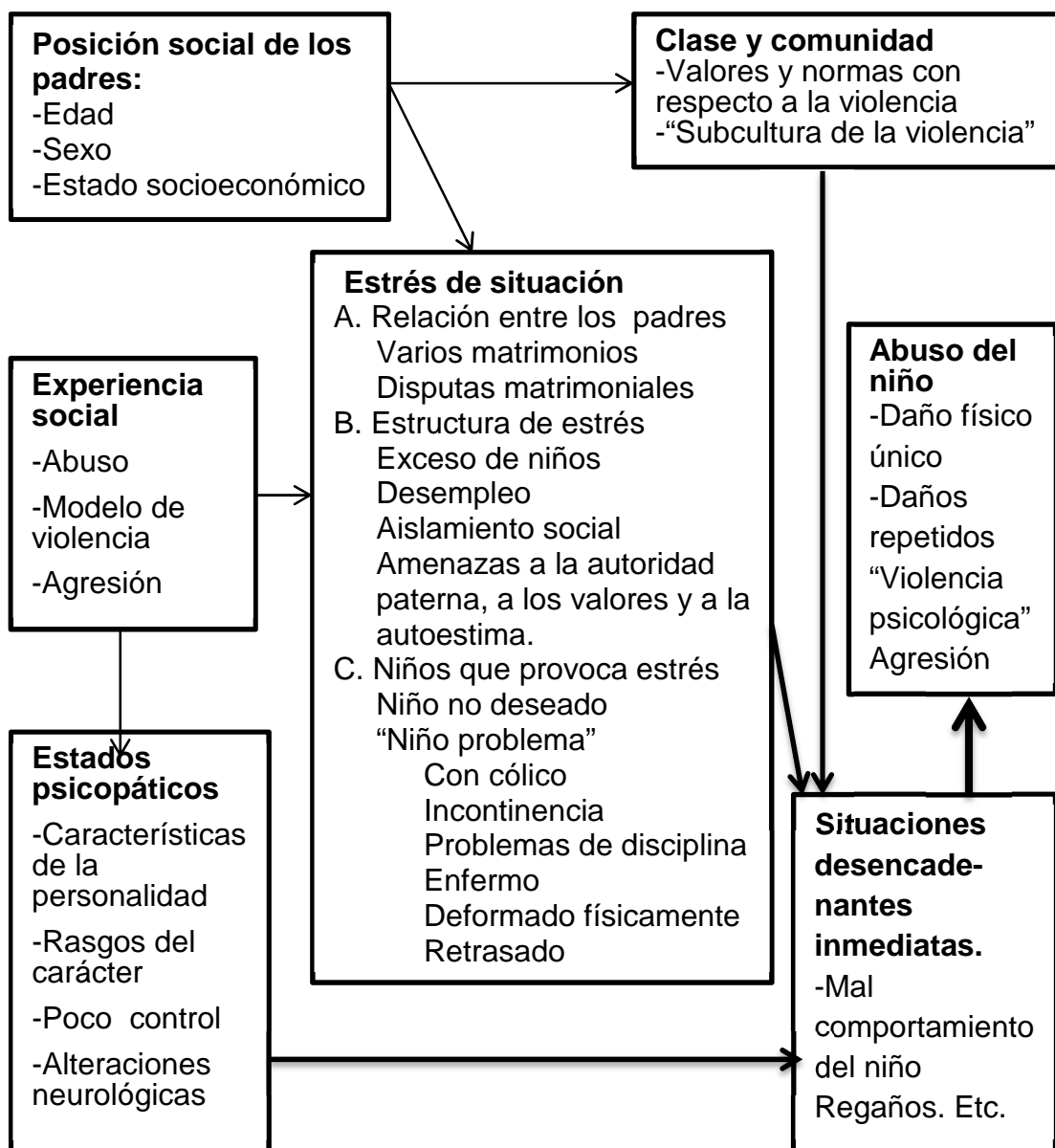
3. Formas poco conceptualizadas

- Niños en situación de guerra
- Niños migrantes
- Niños trabajadores
- Violencia entre pares (bullying)
- Alienación parental
- Maltrato por depredación
- Niño expósito
- Niño abandonado

FUENTE: LOREDO, Arturo. *Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México*. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. *En Acta Pediátrica. Volumen 31, Suplemento 1, México 2010. p 4*

ANEXO NO. 3

MODELO PSICOSOCIAL DE CAUSAS DE VIOLENCIA EN EL
NIÑO



FUENTE: DUMONT T; Eleanor. *Enfermería pediátrica. Crecimiento, desarrollo y patología del niño*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 4^a ed. México, 1988. P 451

ANEXO NO. 4

CICLO DE VIOLENCIA DE LA AGRESIÓN

Pauta	Causas	Agresor	Victima
Tensión	Pequeños incidentes Educación de los hijos Decisiones económicas Diferentes opiniones	Aumento de la tensión Frustración Insatisfacción Amenazas	Miedo Temor Ansiedad y estrés Estado de inquietud
Agresión	Violencia verbal Agresión psicológica Violencia sexual Agresión física	Violencia sistemática	Humillación Impotencia Tristeza Cólera
Remisión	Refuerzos de las emociones positivas: -Promesas -Regalos - Actividades de ocio	-Exige perdón -Inicia conductas positivas -Quiere reforzar la relación de pareja	-Tiene esperanza en rehacer la pareja. -Ve posibilidades de cambio en el agresor -Minimiza y excusa los hechos.

FUENTE: AGUILAR C; María José. *Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos*. Ed. Elsevier Science. Barcelona, 2003. p 952

ANEXO NO. 5

PADRES PATÓGENOS

Pueden llamárseles padres patógenos

“MADRES ABUSIVAS”.

La madre virago: Es la que desviriliza a su hijo por sus excesivas exigencias, es una mujer que no ha aceptado su feminidad, agresiva con el hombre, es feminista por odio y por placer. Se casa con hombres débiles o debilita a los hombres y hace tambalear el grupo familiar.

La madre escrupulosa en exceso: Es ansiosa perfeccionista que encuentra en determinados rituales una manera de resolver la forma de la relación afectiva con el niño. Asépticas, hiperordenadas, que quieren a su hijo a través de las reglas rígidas que las tranquilizan.

La madre para quien el niño es objeto de satisfacciones que ella no ha encontrado en otra parte: Es objeto inconsciente de chantaje con los demás, o bien objeto que representa transfiguración de un amor no experimentado profundamente pero racionalizado bajo la forma del deber.

Madres cuyo odio es manifiesto: Se trata de las “contramadres” que no han aceptado el alumbramiento o que se decepcionan de la llegada de su hijo que no era del sexo esperado. El odio de la madre desencadena el rechazo y el odio y a menudo la rebeldía del niño.

“PADRES PATÓGENOS”

El padre ausente: Dimisión del papel del padre que entraña alteraciones por defecto de autoridad, lo cual puede ser discutible porque autoridad no quiere decir necesariamente presencia. Un padre puede bien desaparecer porque la madre esté demasiado presente o porque se sienta incapaz de tomar responsabilidades.

El padre rígido: Es de hipermoralismo, un exagerado sentido del deber, un dominio en minutos del horario cotidiano. Quieren que sus hijos sean como ellos o mejores que lleguen hasta donde ellos no pudieron llegar.

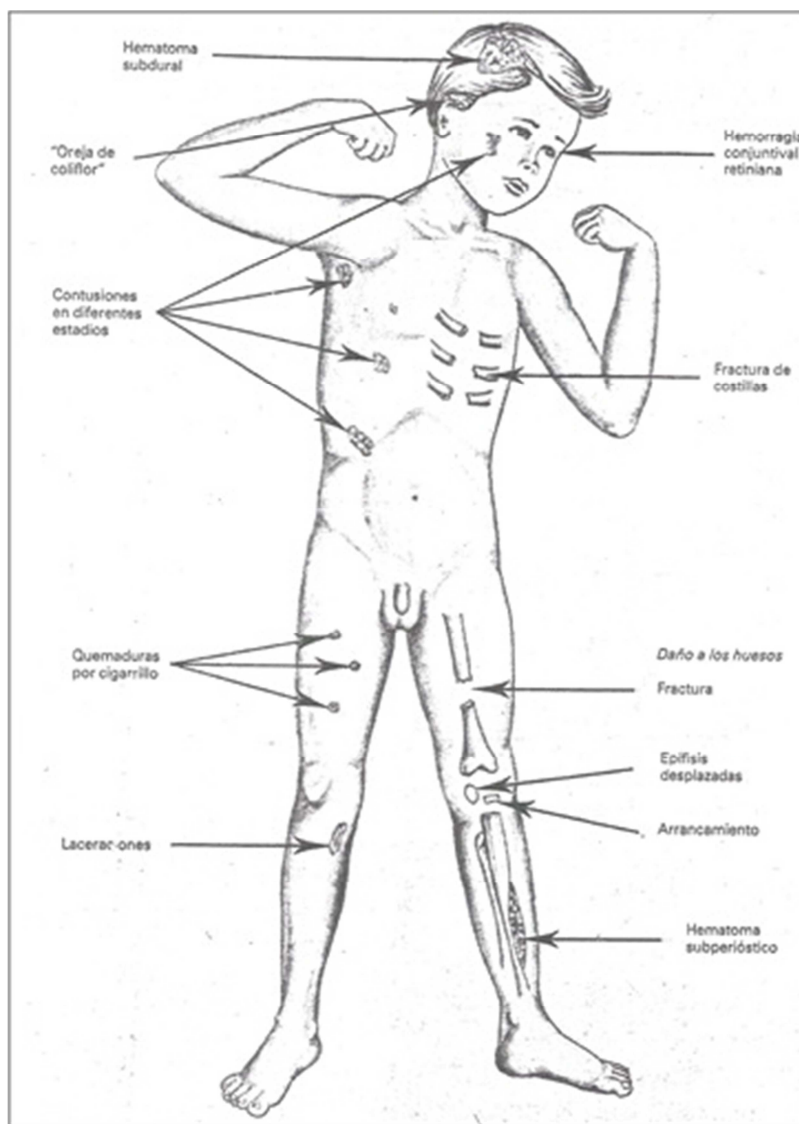
El padre cruel: La crueldad y odio son más frecuentes en el padre que en la madre. Ambos se caracterizan por un exceso de autoridad, por imposiciones arbitrarias, por crueldad moral.

El paternalismo: Al igual que el maternalismo oculta su autoritarismo bajo una apariencia de amor vigilante.

Hay padres que “rechazan” y padres que “protegen” se observa una similitud por rasgos comunes entre los “rechazados” y los “superprotegidos “: El egocentrismo e incapacidad para despegarse de sí mismo; huida del contacto con la realidad y tendencia a refugiarse en la ensoñación y lo imaginario; dificultades en el contacto con los semejantes: pasividad, falta de iniciativa e incapacidad para defenderse: sentimiento de inferioridad y no-valía: dependencia y propensión a “seguir siendo pequeño”; falta de interés en el futuro.

FUENTE: DE AJURIAGUERRA, Julián. *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Toray-masson. 4^a ed. Barcelona, 1979. p. 772

ANEXO NO. 6

PRINCIPALES LESIONES ENCONTRADAS EN EL NIÑO
MALTRATADO

FUENTE: RODRÍGUEZ, Romeo. *Urgencias en pediatría*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 4^a ed. México, 1996. p. 807

ANEXO NO. 7

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

INDICADORES DE	Presencia	de	INDICADORES DE
VIOLENCIA	semen.		MALTRATO
FÍSICA	INDICADORES DE		PSICOLÓGICO
Magulladuras	ABANDONO		Miedo, soledad,
Lesiones	Menores	no	tristeza, ansiedad.
viscerales	acompañados		Intento de suicidio
Fracturas óseas	Ausencia	de	Alcoholismo,
Envenenamiento	progenitores		toxicomanías
Asfixia	Abandono		Disminución del
Mordeduras	voluntario		rendimiento
humanas			escolar
Quemaduras	INDICADORES DE		INDICADORES
Síndrome	NEGLIGENCIA		SOCIALES
alcohólico fetal	Escasa higiene		Escasa relación
Cortes	Problemas		con los iguales
Pinchazos	médicos	no	Desconfianza
Síndrome de	resueltos		hacia los adultos
abstinencia del	Desnutrición		Conductas
recién nacido	Vestimenta		delictivas
	inadecuada		Comportamiento
INDICADORES DE	Repetidos		conflictivo con los
ABUSO SEXUAL	accidentes		iguales
Ropa interior	domésticos		Comportamiento
rasgada			antisocial ante los
Enfermedad	INDICADORES DE		adultos
venérea	EXPLOTACIÓN		Absentismo
Embarazo	Trabajos impropios		escolar continuado
Picor, dolor y	de la edad		Prostitución
contusiones en los	Excesivas tareas		
genitales	domésticas		
	Mendicidad		

FUENTE: DÍAZ – GÓMEZ, Martha y Cols. *Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. Barcelona, 2006. p. 189

ANEXO NO.8

PROPUESTA DE UNA RUTA DE ATENCIÓN

1. Si usted atiende a un niño con lesiones físicas y de presentación aparentemente aguda, notifique a la autoridad competente, única y exclusivamente por lesiones. Recuerde que de esta manera usted protegerá al menor en caso de que sea víctima de malos tratos y al mismo tiempo el grupo médico y la institución quedarán respaldados.
2. No establezca diagnóstico de niño maltratado de primera intención aunque la sospecha clínica y social sea muy evidente. Con frecuencia se cometen errores diagnósticos en padecimientos o situaciones que simulan este síndrome (hemofilia, raquitismo renal, osteogénesis imperfecta, lesión accidental o como consecuencia de alguna acción costumbrista).
3. Hospitalice al menor cuyas lesiones permitan sospechar que es víctima de maltrato, pero no mencione a los familiares esta posibilidad diagnóstica.
4. Si hay sospecha de abuso sexual, la exploración del área genital, anal o ambas deberá hacerla el médico residente de mayor jerarquía, siempre del sexo femenino. No se debe hacer tacto o exploración armada. Solo hay que concretarse a describir

las lesiones existentes, la presencia de objetos o sustancias extrañas. Es obligatorio que esté presente un familiar o un representante legal.

5. Evite exploraciones repetidas del área genital, anal o de ambas si no tiene un fin de prioridad diagnóstica o terapéutica.

6. Si encuentra secreción vaginal anormal, sospechosa de un problema infeccioso, debe tomar muestras para cultivos específicos de enfermedad de transmisión sexual e inespecíficos para bacterias, parásitos, hongos y virus.

7. La confirmación de los datos de la exploración primaria la realizará el experto en el problema durante las primeras 24 h de internamiento. De no ser así se corre el riesgo de que haya modificación y por lo tanto, su expresión puede ser muy pobre y de poca ayuda al médico. Esta idea debe privar en los casos que han sufrido la agresión en forma aguda. Es frecuente que los niños sean llevados al médico cuando han transcurrido más de 72 horas y la información clínica es muy pobre y de difícil evaluación. En esta situación se requiere la participación de los demás miembros del grupo multidisciplinario.

8. Es primordial contar con el apoyo de la familia de un niño que ha sido víctima de cualquier forma de maltrato. En esta noción queda incluido el agresor. Considere que entre 10 y 15%

de los casos, el adulto que ha perpetrado la agresión sufre de alguna enfermedad mental.

9. Al quedar hospitalizado el menor, avise al grupo especializado de esta problemática médico-social lo más pronto posible.

10. Existe la posibilidad de que el menor, ahora bajo su cuidado haya ingresado a la institución por un problema que inicialmente no parece corresponder a Síndrome de Niño Maltratado. Sin embargo, su evolución inadecuada la falta de interés de los familiares o la obtención de información sugestiva de que el menor ha sido maltratado, le permiten sospechar este diagnóstico. En este caso solicite la intervención del personal especializado en el tema.

11. Si el menor esta en urgencias o en terapia intensiva con datos fehacientes de que ha sido víctima de SNM, una vez resuelta la urgencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica, podrá ser canalizado a un servicio en el que se puedan investigar otros padecimientos y además corroborar el diagnóstico de SNM.

12. Trate, hasta donde sea posible, de no hacer público el diagnóstico de Síndrome de Niño Maltratado. Frecuentemente el personal paramédico y los familiares de otros pacientes

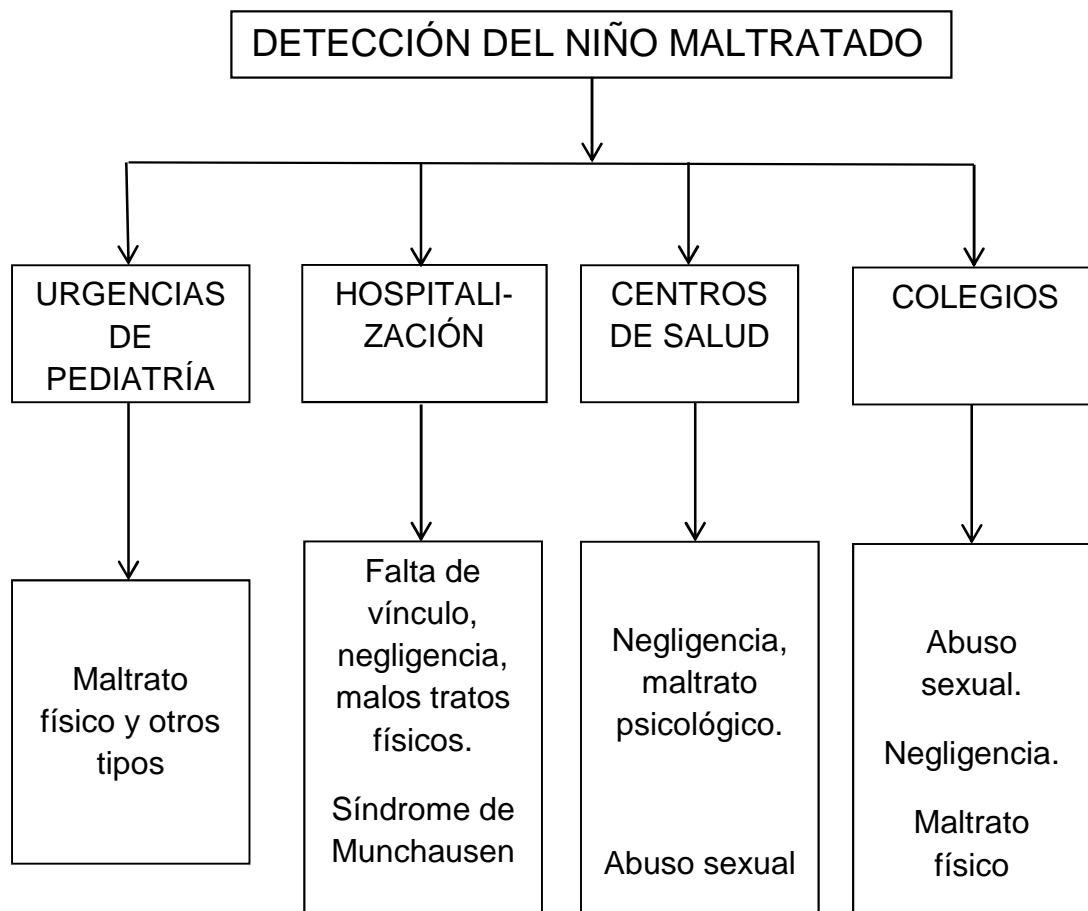
estigmatizan al menor y a su familia; ello dificulta el desempeño profesional necesario para beneficiar al menor.

13. Cerciórese de que la labor del agente del Ministerio Público dentro de la institución se realice en un lugar privado y en coordinación con el médico encargado de la sala o con el médico residente, jefe de la guardia, la trabajadora social o varios de ellos, pues así disminuyen las posibilidades de una acción indiscreta que atente contra el menor y su familia.

14. La notificación la debe realizar el médico que atiende al paciente y se entregará a la Trabajadora Social en turno del servicio o departamento, quien a su vez la hará llegar a la división de asuntos jurídicos para su trámite en la agencia del Ministerio público. Si se trata de maltrato físico las agendas especializadas en el DF que dependen de la Dirección General de Asuntos de Menores e incapaces son: 57, 58, 59 y 69. En caso de abuso sexual las agencias serán: 464, 474, 484 y 494.

FUENTE: LOREDO, Arturo y Cols. *Maltrato al menor ruta de abordaje en un centro hospitalario de la Ciudad de México*. En la revista *Acta pediátrica*. Volumen 19, Número 6. México 1998. p 2

ANEXO NO. 9
DETECCIÓN DEL NIÑO MALTRATADO



FUENTE: Misma fuente de Anexo No: 4 p 94

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABUSO FETAL: Es todo acto que de manera intencional o negligente, afecte al producto de la gestación en cualquiera de sus etapas. Puede causarlo directamente la madre, otro miembro de la familia, el médico o alguna persona que tenga injerencia con el embarazo.

ABUSO FÍSICO: Es cualquier acción no accidental, provocada a por los padres, cuidadores u otras personas cercanas al menor y que da lugar a daños físicos o enfermedades.

ABUSO POR NEGLIGENCIA: Se considera abandono físico a la falta de cuidados de carácter crónico. Ocurre cuando el menor ha padecido lesiones o daño físico derivado de las conductas negligentes de sus padres o tutores

ABUSO PSICOLÓGICO: Es cualquier conducta destructiva con carácter crónico e intencional, por parte de los padres o cuidadores, que da lugar a un deterioro en el desarrollo psicológico, social e intelectual del menor.

ABUSO SEXUAL: Es cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona. De manera genérica, se considera abuso sexual infantil o pederastia a toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona

con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder.

AISLAMIENTO SOCIAL: Situación en la que se experimenta una sensación de soledad que el paciente reconoce como un estado negativo o amenazante impuesto por otros. Las características que lo definen pueden ser objetivas, subjetivas o de ambos tipos.

ALIENACIÓN PARENTAL: Es una respuesta de contexto familiar típica al divorcio o separación de sus padres, en la cual el niño resulta alienado respecto de uno de sus progenitores y acosado con la denigración exagerada y/o injustificada del otro progenitor, hecho que produce una perturbación en el niño y que en definitiva, obstruye la relación con el progenitor no custodio y resulta destruida en los casos más severos.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Implica la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva. Se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

BULLYING: El Bullying es una forma de violencia entre iguales que tiene las siguientes características: suele incluir conductas de diversa naturaleza (burlas, amenazas, intimidaciones, agresiones físicas

aislamiento sistemático, insultos) tiende a originar problemas que se repiten y prolongan durante cierto tiempo.

CUESTIONARIOS PREDICTIVOS: Son interrogatorios pre-elaborados y dirigidos que pretenden determinar el nivel de riesgo de una familia, individuo o comunidad de sufrir determinado daño. No son netamente certeros pero ayudan a dar una idea de los riesgos bajo los que están los individuos.

CULTOS SATÁNICOS O SECTAS DESTRUCTIVAS: Son grupos que utilizan en su dinámica de funcionamiento técnicas antiéticas de manipulación psicológica con el fin de conseguir sus propios beneficios ocasionando daño físico y psicológico a los miembros de su familia. Son grupos altamente manipuladores y dictaminan disciplina física, rechazo a la intervención médica y funcionan como sociedades cerradas.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS: Son principios que promueven que el niño disfrute de protección especial y disponga de oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse felizmente en forma sana y normal, en condiciones de libertad y dignidad.

DESAPEGO: Es la interacción intrafamiliar caracterizada por la falta de interés entre los miembros de la misma. Puede ser mutua o sólo por parte de los padres hacia los niños. Se caracteriza por un trato indiferente.

DROGODEPENDENCIA: Implica el estado psíquico y a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

EDUCACIÓN SEXUAL: Educación sexual es un término usado para describir la educación acerca del sexo, la sexualidad, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción -y más específicamente la reproducción humana-, los derechos sexuales y otros aspectos de la sexualidad humana con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Enfermedad contagiosa habitualmente adquirida mediante relaciones sexuales o contactos genitales. Tradicionalmente, las cinco enfermedades venéreas eran: gonorrea, sífilis, chancroide, granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo. A éstas se han añadido las siguientes: sarna, herpes genital, herpes y verrugas anorrectales, pediculosis, tricomoniasis, candidiasis genital, molusco contagioso, uretritis inespecífica, infecciones por clamidias, citomegalovirus y SIDA.

ESCUELAS MULTIGRADO: Se refiere a las escuelas, regularmente primarias, donde un profesor atiende a más de un grupo. Es frecuente encontrar este tipo de escuelas en comunidades rurales muy pequeñas donde la población no es suficiente asignar un docente por grupo.

EXPLOTACIÓN INFANTIL: Se refiere al trabajo de niños menores de edad en cualquier sistema de producción económica de un país, una región y en el mantenimiento económico de un grupo o clan familiar.

FACTORES DE RIESGO: Implica el factor que hace que una persona o grupo de personas sean especialmente vulnerables a un acontecimiento no deseado, desagradable o insalubre, como la inmunosupresión, que aumenta la incidencia y gravedad de las infecciones.

FILICIDIO: Es el homicidio de un niño por parte de sus padres. Puede ser intencionado o negligente. En algunas ocasiones es consecuencia de abuso físico o golpes muy severos, en este caso mayoritariamente la causa de muerte son las hemorragias cerebrales.

GUÍAS PARA PADRES: Son guías que tienen como objetivo ofrecer a los padres un instrumento que ayude a aclarar algunas ideas y sentimientos sobre la tarea de educar, comprender mejor a los hijos y a construir un ambiente en el que todos los miembros de la familia convivan en armonía.

HISTORIA CLÍNICA: Es un documento médico legal con la recopilación de la información obtenida a partir del paciente y de otras fuentes con respecto al estado físico, psicológico, social y sexual del paciente. La historia facilita una base de datos con la que se puede hacer un plan diagnóstico, terapéutico, asistencial y de seguimiento del paciente.

HOSPITALISMO INFANTIL: Síndrome de deterioro progresivo que aparece en los niños que tienen que permanecer hospitalizados desde etapas tempranas de su vida y durante periodos prolongados y que no se puede atribuir ni a afecciones ni a deficiencias higiénicas, sino al trato impersonal que recibe.

INFANTICIDIO: Es todo homicidio a una persona menor a 17 años. Puede ser simple o calificado cuando concurren las agravantes, la más frecuente es la premeditación.

LENGUAJE NO VERBAL: Es la comunicación no verbal que se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc. Actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.

MALTRATO: El maltrato es toda aquella conducta o conjunto de conductas que ocasiona, causa o provoca en una o mas personas un perjuicio, daño, sufrimiento, malestar y/o perturbación.

MALTRATO ÉTNICO: Es cuando el maltrato a los niños se ve condicionado, por su origen étnico. Esto ocurre sobretodo porque se encuentran en una posición desfavorable en cuanto a las condiciones de educación, vivienda, salud y de nivel de vida en general, relacionado con la pobreza y en muchos de los casos con el difícil acceso a sus comunidades de origen.

MALTRATO INSTITUCIONAL: Es el maltrato que se practica en la Escuela o en instituciones en las que teóricamente el niño tendría que ser protegido o rehabilitado. Comprende castigos y/o abusos físicos y psicológicos, atención inapropiada, discriminación y métodos de enseñanza inadecuados.

MÉTODO MADRE CANGURO: Es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Resalta en él su promoción a la lactancia materna exclusiva.

NIÑOS DE LA CALLE: Este término se aplica a la niñez en alto riesgo de las áreas urbanas. Existen dos grupos los niños “en” la calle que trabajan en las calles pero mantienen relaciones cercanas con sus familias y los niños “de” la calle que están sin hogar y tienen los vínculos familiares rotos debido a la inestabilidad o a la desestructuración en sus familias de pertenencia.

NIÑO EXPÓSITO: Hoy no se emplea ya esta palabra, que ha sido sustituida por la de abandonado. Se refiere al recién nacido del que se ha deshecho la madre. Ya no existen las casas de expósitos, una institución que resolvía el problema de la maternidad no deseada.

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA: Evaluación objetiva, holística, realizada por un profesional de enfermería, de los diversos aspectos del estado de un paciente. Incluye el aspecto general de la persona, los efectos emocionales, su estado de nutrición, hábitos y preferencias, así como la temperatura corporal, estado de la piel y cualquier proceso patológico evidente.

OMISIÓN DE CUIDADOS: Acción intencionada o negligente en la que el niño no recibe los cuidados mínimos necesarios para su sobrevivencia. Las manifestaciones pueden ir desde una desnutrición leve hasta la alta incidencia de accidentes que provoquen la muerte.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: En 1971, la Organización Mundial de la Salud definió a la Planificación Familiar como “una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y la comunidad”. Es el derecho de la pareja de decidir de manera libre y responsable, cuantos hijos tener y cuando.

PREMATURÉZ: Es el recién nacido prematuro o de pretérmino, que nace antes de las 37 semanas de gestación. Su condición de inmadurez lo coloca en una condición más vulnerable que los recién nacidos de término.

RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN: Son las instituciones dedicadas a dar asilo temporal o permanente a niños que por diversas situaciones no puede ser cuidado por sus padres. En México se les conoce más comúnmente como casa hogar o casa cuna.

SALUD SEXUAL: Es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

SÍNDROME: Es el complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen, en combinación, para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía hereditaria.

SÍNDROME DE MUNCHAÜSEN: Es un trastorno psiquiátrico, que se caracteriza por inventar y fingir dolencias (o incluso provocárselas a sí mismo o a sus hijos mediante la ingesta de medicamentos o mediante autolesiones) para llamar la atención de los médicos, y ser tratado como un enfermo.

TRASTORNO FACTICIO: Trastorno en el que los pacientes se inventan síntomas con el propósito de asumir el papel de enfermos. No parece que su intención sea la de obtener un lucro material de ello.

TRASTORNO FACTICIO POR PODER: La persona con este inusual trastorno busca tener acceso a la atención médica fabricando de manera intencionada signos o síntomas de una enfermedad que otra persona padece. Cuando esta segunda persona es un niño, el trastorno es evidencia presuntiva de abuso infantil.

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: La violencia contra la mujer es todo tipo de violencia ejercida contra la mujer por su condición de mujer. Esta violencia es consecuencia de la histórica posición de la mujer en la familia patriarcal, subordinada al varón, carente de plenos derechos como persona.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta B; Mario. *El niño politraumatizado en Pediatría médica*. Ed Trillas. México, 1994. 730 pp.

Adame V; Miguel. *Abuso sexual infantil. Nunca más*. En internet: <http://uri.oseri.net>. México, 2011. 2 pp. Consultado el día 22 de marzo de 2011.

Agencia Proceso. *México primer lugar en maltrato infantil en países de la OCDE*. En internet: <http://uri.oseri.net>. México, 2010. 2 pp. Consultado el día 22 de marzo de 2011.

Aguilar C; María José. *Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos*. Ed. Elsevier Science. Barcelona, 2003. 1260 pp.

Alienación parental.com *Alienación parental*. En internet en www.alienacionparental.com. México, 2011 pp. 1 Consultado 27 de abril de 2011

Aukamp, Virginia. *Planes de cuidados en enfermería Materno- Infantil*. Ed. Doyma. Barcelona, 2006. 248 pp.

Azaola, Elena. *Infancia Robada. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México*. Ed. UNICEF. México, 2000. 191 pp.

Baeza, Carlos y Cols. *Aspectos quirúrgicos del maltrato al menor*. En la revista Boletín Médico Hospital Infantil de México. Vol 55 No. 2. México 1998. 105 pp.

Benavides V; Lázaro. *El nacimiento del Instituto Nacional de Pediatría*. En Instituto Nacional de Pediatría 1970 - 2000. Ed. Instituto Nacional de Pediatría ediciones médicas. México, 2000. p. 11- 14.

Broe, Voirrey. *Manual de enfermería pediátrica. Protocolos de asistencia*. Ed. Salvat. Barcelona, 1988. 417 pp.

Chow, Marilyn y Cols. *Manual de Enfermería Pediátrica*. Ed. Limusa. México, 1993. 1053 pp.

Clemente, Carmen *Definición de familia según el DIF*. En internet en www.blogspot.com. México, 2009. 1 pp consultado 18 de mayo de 2011

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Urgente abatir el trabajo infantil*. Comunicado de prensa. En internet: www.cndh.org.mx. México, 2011. 2 pp. Consultado el día 22 de marzo de 2011.

De Ajuriaguerra Julián. *Manual de psiquiatría infantil*. Ed. Toraymasson. 4ª ed. Barcelona, 2007. 984 pp.

Derechos infancia México. *Los niños y la guerra*. En internet en www.derechosinfancia.org.mx. México, 2003. 1 pp Consultado 27 de abril de 2011

Díaz- Aguado, María. *La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la Escuela*. Ed Psicothema. Barcelona, 2005. p 549 – 558

Díaz – Gómez, Martha y Cols. *Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. Barcelona, 2006. 774 pp.

Dumont T; Eleanor. *Enfermería pediátrica. Crecimiento, desarrollo y patología del niño*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 4^a ed. México, 1988. 451 pp.

El Economista. México, primer lugar en violencia infantil: OCDE. Tomado de El Economista. En internet en <http://eleconomista.com.mx>. México, 2010 1 pp Consultado 24 de marzo de 2011

En buenas manos. *Explotación infantil*. En internet en www.enbuenasmanos.com México, 2011 pp 1 Consultado 1 de mayo de 2011

Fagin, Claire. *Enfermería psiquiátrica infantil*. Ed. Interamericana. México, 1973. 158 pp.

Finkelhor, David. *El abuso sexual al menor. Causas consecuencias y tratamiento psicosocial*. Ed Pax. México, 1980. 304 pp.

Flores, Sarahí. *El 12% de los niños hondureños entre 5 y 17 años trabajan*. En internet hondudiaro. Periódico digital de Honduras. Tegucigalpa 2009. pp.1 Consultado 24 de abril de 2011

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF *Niñez indígena*. En internet www.unicef.org. México, 2011. 1 pp. Consultado 1 de mayo de 2011

Fontana, Vincent. *En defensa del niño maltratado*. Ed. Pax. México, 2003. 332 pp.

Fosellado, Ariel *Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los derechos humanos*. Boletín del Instituto Interamericano del Niños. No 236. México 2001. 32 pp.

Gigante, Joseph. *Pediatría, primer contacto con la especialidad*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. México, 2007. 527 pp.

Gómez, Isabel. *Departamento de Enfermería*. En Instituto Nacional de Pediatría 1970 - 2000. Ed. Instituto Nacional de Pediatría ediciones médicas. México, 2000. p. 31-33

González, Angélica y Cols. *Guía para el diagnóstico de trastornos asociados a la exposición prenatal al alcohol. Trastorno del feto alcoholizado (FASD)*. En la revista Acta Pediátrica. Vol. 32. No. 3 México 2011. 193 pp.

Liwiski, Norberto. *Migración de niñas, niños y adolescentes*. En internet: www.iiin.org. México, 2011. 1 pp. Consultado 26 de abril de 2011

Loredo A; Arturo y Cols. *Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica*. En la revista Boletín Médico Hospital Infantil de México. Vol. 58. México, 2001. p 206

Loredo A; Arturo y Cols. *Maltrato al menor: Ruta de abordaje en un centro hospitalario de la Ciudad de México*. En la Revista Acta pediátrica. Volumen 19, Número 6. México, 1998. 5 pp.

Loredo A; Arturo. *Maltrato en niños y adolescentes*. Ed. Editores de textos mexicanos. México, 2004. 397 pp.

Loredo, Arturo. *Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio*

y Atención Integral al Niño Maltratado. En la revista Acta Pediátrica, Vol. 31, Suplemento 1, México, 2010. 7 pp.

Loredo, Arturo y Cols. *Síndrome de niño sacudido. Forma extrema de abuso físico infantil.* En la revista Acta Pediátrica. Vol. 32. No. 3. México 2011. 193 pp

Maher, Peter. *El abuso contra los niños: La perspectiva de los educadores.* Ed Grijalbo. Londres, 1990. 379 pp.

Marín, Teresa. *Venta de mujeres indígenas.* En el Sol de Acapulco en internet www.teremarin.lacoctelera.net México, 2008 pp 1 Consultado 16 de mayo de 2011

Marlow, Dorothy *Enfermería Pediátrica.* Ed. Interamericana. 4^a ed. México, 2001. 828 pp.

Merlos, Andrea. *Crecen cifras de niños migrantes* En El Universal. México, 16 de enero 2010. En internet: eluniversal.com. 1 pp Consultado 26 de enero de 2011

Morrison, James. *Guía para el diagnóstico clínico.* Ed. Manual moderno. México 2006. 653 pp

Mosby Diccionario médico. *Síndrome de Niño Maltratado.* Ed Hancourt. 5^a ed. para PC. México, 2009

Movimiento internacional de estudiantes evangélicos. *Europa no escapa del maltrato infantil*. En internet: www.protestantedigital.com Barcelona, 2006. 1 pp Consultado 1 de mayo de 2011.

Orientared. *Maltrato infantil*. En internet en www.orientared.com. 1 pp. Consultado el 1 de mayo de 2011

Osorio N; Cesar. *El niño maltratado*. Ed. Trillas. 2da ed. México, 1990.82 pp.

Real academia española. *Diccionario de la lengua española*. En internet <http://buscon.rae.es> Barcelona 2010. Consultado 5 de julio de 2011.

Rodríguez S; Romeo. *Urgencias en pediatría*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 4ta ed. México, 1996. 914 pp.

Sáenz Antonio. *Cuidados de enfermería en el maltrato infantil*. Universidad complutense de Madrid. Barcelona 2008. 191 pp.

Sargoti Verónica. *Riesgo de maltrato infantil*. En internet: maestropsicologo.com. México, 2010. p 1. Consultado 8 de junio de 2011

Schulte, Elizabeth y Cols. *Enfermería pediátrica*. Ed. McGraw – Hill Interamericana. 7ª ed. México, 1999. 455 pp.

Soberanes, José Luis. *Niñez migrante, trata y explotación infantil en México*. Foro En internet: www.cndh.org.mx. México, 2007. Consultado el 22 de marzo de 2011.

Sobrino, Ángela. *Niños soldados de África*. En internet en <http://geocities.ws/obserflictos/ninos.html>. México 2011. 1 pp. Consultado el 22 de marzo de 2011

Vamos México – Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación. *Guías para padres de 0 a 5 años*. Ed. Infantil y educación. México, 2004. 132 pp.

Zambrana, Marga. *China publica por primera vez en la prensa datos sobre el maltrato infantil en la familia*. En internet en www.elmundo.es Barcelona, 2007. 1 pp. Consultado 1 de mayo de 2011