



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

## **TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:**

### **PEDIATRÍA**

**TÍTULO DE LA TESIS**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NIÑOS CON  
MALTRATO INFANTIL Y DISCAPACIDAD  
VALORADOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN  
INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DURANTE  
EL PERIODO DE ENERO 2017 A DICIEMBRE 2021**

**PRESENTA:**

**DRA. SUSANA JACQUELINE CRUZ CUELLAR**

**TUTOR DE TESIS:**

**DRA. CORINA ARACELI GARCÍA PIÑA**



**ASESORES METODOLÓGICOS**

**DRA. PATRICIA CRAVIOTO QUINTANA  
FIS. MAT. FERNANDO GALVAN CASTILLO**

**Ciudad de México 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## ÍNDICE

1. Título.....	3
2. Autores.....	3
3. Marco teórico y antecedentes.....	3
4. Planteamiento del problema.....	10
4.1 Pregunta de investigación.....	10
5. Justificación.....	10
6. Objetivos.....	11
7. Material y método.....	12
8. Tamaño de la muestra.....	22
9. Análisis estadístico.....	23
10. Resultados.....	23
11. Discusión.....	37
12. Conclusiones.....	40
13. Consideraciones éticas.....	40
14. Bibliografía.....	40
15. Anexos.....	42

## **1. TÍTULO**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL Y DISCAPACIDAD VALORADOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2017 a DICIEMBRE 2021

## **2. AUTORES**

Residente: Cruz Cuellar Susana Jacqueline

Tutora: Dra. Corina Araceli García Piña

Asesores metodológicos:

Dra. Patricia Cravioto Quintana

Fís. Mat. Fernando Galván Castillo

## **3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES**

En 1962, el Dr. Henry Kempe describió el síndrome del niño maltratado, el cual refirió debería sospecharse en cualquier niño con evidencia de fractura de cualquier hueso, hematoma subdural, falla de medro, hematomas en tejidos blandos, cualquier muerte súbita o en cualquier lesión en la cual el grado de la lesión es discordante con la historia relatada por el cuidador.<sup>1</sup>

Fue hasta en 1999 que la OMS lo clasificó como un problema de salud pública mundial. En un estudio realizado en 2013 por Stoltenborgh, se documentó la prevalencia internacional de abuso físico de 226 casos por cada 1,000 niños, sin diferencias aparentes entre géneros.<sup>2</sup>

### **MALTRATO INFANTIL**

De acuerdo a la OMS, el maltrato infantil se define como cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder<sup>3</sup>.

De forma sencilla y operativa se distinguen los siguientes tipos de maltrato<sup>3</sup>:

1. Maltrato físico
2. Negligencia

3. Abuso sexual
4. Maltrato emocional

### Fisiopatología

Las experiencias adversas en la infancia (ACE) están asociadas a un riesgo aumentado de trastornos, tales como ansiedad y depresión<sup>4</sup>.

Estudios sugieren que los ACE alteran los sistemas biológicos claves implicados en la fisiopatología del riesgo que involucra al eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal y a las regiones del sistema límbico (ejemplo amígdala e hipocampo)<sup>4</sup>.

La exposición a ACE está asociado a alteraciones en el ritmo del cortisol, típicamente debido a niveles matutinos elevados en la infancia. Estudios sugieren que la adolescencia representa un periodo de recalibración de estrés fisiológico con niveles de cortisol matutinos normales o más elevados<sup>4</sup>.

La exposición a ACE está asociado a alteraciones en el volumen de la amígdala y el hipocampo, regiones críticamente involucradas en el desarrollo de la regulación saludable de emociones. Se ha observado reducción en los volúmenes de la amígdala y el hipocampo en adultos con exposición a ACE<sup>4</sup>.

Estudios en animales, han demostrado que el desarrollo del sistema límbico y el eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal están altamente acoplados durante el desarrollo.

La amígdala y el hipocampo son ricos en receptores de cortisol, particularmente en el desarrollo temprano y estos brindan retroalimentación al eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal<sup>4</sup>.

### Modelo ecológico de la OMS

Ningún factor de riesgo puede explicar por sí solo por qué algunas personas se comportan de manera violenta con los niños, o por qué el maltrato infantil parece ser más prevalente en unas comunidades que en otras. Al igual que sucede con otras formas de violencia, para comprender a fondo el fenómeno del maltrato infantil hay que analizar la compleja interacción entre diversos factores y a distintos niveles; este tipo de análisis es esencial para poder hacer frente de manera eficaz al problema del maltrato infantil. En la figura 1.2 se ha representado un modelo ecológico que refleja el juego de fuerzas entre esos diversos factores. El primer nivel del modelo, que se refiere al individuo, incorpora variables biológicas tales como la edad o el sexo, así como factores de la trayectoria personal que pueden influir en la susceptibilidad de un

individuo al maltrato infantil. El nivel relacional contempla las relaciones sociales de un individuo con las personas próximas (por ejemplo, miembros de la familia o amigos) que influyen en la probabilidad de que esa persona inflija o sea víctima de maltratos. En el nivel comunitario, los factores contemplados son las circunstancias en que se desenvuelven las relaciones sociales (por ejemplo, el barrio, el lugar de trabajo o la escuela) y las peculiaridades específicas del entorno que contribuyen al maltrato infantil. Los factores sociales están vinculados a las características de la sociedad que influyen en el maltrato; por ejemplo, normas sociales que fomentan el castigo físico severo del niño, desigualdades económicas, o inexistencia de redes de protección social<sup>5</sup>.

**Figura 1.2 Modelo ecológico descriptivo de los factores de riesgo del maltrato infantil**



## DISCAPACIDAD

La discapacidad es parte de la condición humana<sup>6</sup>.

Se refiere a dificultades en cualquiera de las tres áreas de funcionamiento<sup>6</sup>.

En la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF), los problemas del funcionamiento humano son categorizados en tres áreas interconectadas<sup>6</sup>:

1. Impedimentos: son problemas en el funcionamiento corporal o alteraciones en las estructuras corporales. Por ejemplo, parálisis o ceguera.
2. Limitaciones para la actividad: son dificultades en la ejecución de actividades. Por ejemplo, caminar o comer.
3. Restricciones en la participación: son problemas que involucran cualquier área de la vida. Por ejemplo, discriminación en el empleo o transporte.

“Condiciones de salud” son enfermedades, daños y trastornos, mientras que “impedimentos” se refiere a la disminución específica en funciones y estructuras

corporales, frecuentemente identificados como síntomas o signos de condiciones de salud<sup>6</sup>.

La discapacidad surge de la interacción de condiciones de salud con factores contextuales (personales y ambientales)<sup>6</sup>.

### Tipos de discapacidad

IDEA (Individuals with Disabilities Education Act) lista 13 diferentes categorías en niños de 3 a 21 años de edad, que son:

- Autismo: significa una discapacidad del desarrollo que afecta significativamente la comunicación verbal, no verbal y la interacción social, generalmente es evidente antes de los tres años, afecta negativamente el rendimiento educativo del niño.<sup>7</sup>

Otras características que a menudo se asocian con el autismo son actividades repetitivas y movimientos estereotipados, resistencia al cambio ambiental o cambio en las rutinas y respuestas inusuales a experiencias sensoriales<sup>7</sup>.

- Sordera-ceguera: significa deficiencias auditivas y visuales, que aparecen de manera concomitante, esta combinación afecta la comunicación y otras necesidades educativas y de desarrollo de tal manera que no pueden ser incluidos en programas de educación especial exclusivamente para niños con sordera o niños con ceguera<sup>7</sup>.

- Sordera: significa una discapacidad auditiva tan grave que el niño tiene dificultades para procesar información lingüística a través de la audición, con o sin amplificación, que afecta negativamente el rendimiento educativo del niño<sup>7</sup>.

- Alteraciones emocionales: significa una condición que exhibe uno o más de las siguientes características durante un largo período de tiempo y en un grado marcado que afecta negativamente el desempeño educativo de un niño<sup>7</sup>:

(a) Una incapacidad para aprender que no puede ser explicado por factores intelectuales, sensoriales o factores de salud<sup>7</sup>.

(b) Incapacidad para construir o mantener de manera satisfactoria relaciones interpersonales con compañeros y profesores<sup>7</sup>.

(c) Tipos de comportamiento o sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales<sup>7</sup>.

(d) Un estado de ánimo generalizado de infelicidad o depresión<sup>7</sup>.

(e) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o miedos asociados con asuntos personales o problemas escolares<sup>7</sup>.

El término incluye esquizofrenia. El término no se aplica a los niños que son socialmente inadaptados, a menos que se determine que tiene un trastorno emocional<sup>7</sup>.

- Discapacidad auditiva: significa una discapacidad auditiva, ya sea permanente o fluctuante, que afecta negativamente el rendimiento educativo del niño, pero no está incluido en la definición de "sordera"<sup>7</sup>.

- Discapacidad intelectual: se refiere a un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio general, que existe de manera concurrente con déficits en el comportamiento adaptativo y se manifiesta durante el período de desarrollo, el cual afecta negativamente la educación de un niño<sup>7</sup>.

- Discapacidades múltiples: significa deficiencias concomitantes, como discapacidad intelectual-ceguera, discapacidad intelectual-discapacidad ortopédica), la cuya combinación origina necesidades educativas que no pueden ser cubiertas en programas de educación especial para únicamente una de las discapacidades. El término no incluye sordoceguera<sup>7</sup>.

- Discapacidad ortopédica: significa una discapacidad ortopédica grave que afecta negativamente la educación de un niño. El término incluye deterioros causado por una anomalía congénita, deficiencias causado por una enfermedad (por ejemplo, poliomielitis, tuberculosis ósea) y deficiencias por otras causas (por ejemplo, parálisis cerebral, amputaciones y fracturas o quemaduras que provocan contracturas)<sup>7</sup>.

- Otros problemas de salud: significa disminución en la fuerza, vitalidad o estado de alerta, incluido un mayor estado de alerta para estímulos ambientales, que da como resultado una limitación en el estado de alerta con respecto al medio ambiente, que<sup>7</sup>:

(a) se debe a una enfermedad crónica o problemas agudos de salud como asma, déficit de atención, trastorno o déficit de atención hiperactividad, diabetes, epilepsia,



una afección cardíaca, hemofilia, envenenamiento por plomo, leucemia, nefritis, fiebre reumática, anemia de células falciformes, y síndrome de Tourette<sup>7</sup>; y

(b) afecta negativamente la educación de un niño<sup>7</sup>.

- Discapacidad Específica de Aprendizaje; significa un trastorno en uno o más de los procesos psicológicos involucrados en la comprensión o en el uso de un lenguaje, hablado o escrito, que pueda manifestarse en la incapacidad de escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o hacer cálculos matemáticos. El término incluye tales condiciones como discapacidades perceptivas, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia, y afasia. El término no incluye problemas del aprendizaje que son principalmente el resultado de discapacidades visuales, auditivas o motoras; discapacidad intelectual; alteraciones emocionales o desventajas del medio ambiente, cultural o económica<sup>7</sup>.

- Trastornos del habla o del lenguaje: significa un trastorno de la comunicación como tartamudeo, articulación alterada, discapacidad del lenguaje, o una discapacidad de la voz que afecta negativamente el rendimiento educativo de un niño<sup>7</sup>.

- Lesión cerebral traumática: significa una lesión adquirida en el cerebro causada por una fuerza física externa, que resulta en discapacidad funcional total o parcial o deterioro psicosocial, o ambos, que afecta negativamente el rendimiento educativo del niño. El término se aplica para heridas abiertas o cerradas en la cabeza que resulten en deficiencias en una o más áreas, como cognición; idioma; memoria<sup>7</sup>; atención; razonamiento; pensamiento abstracto; juicio; resolución de problemas; habilidades sensoriales, perceptivas y motoras; comportamiento psicosocial; funciones físicas; procesamiento de información; y habla<sup>7</sup>.

- Discapacidad visual (incluida la ceguera): significa una discapacidad en la visión que, incluso con corrección, afecta negativamente la educación de un niño. El término incluye tanto la vista parcial como la ceguera<sup>7</sup>.

## CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

→ Reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la

actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás<sup>8</sup>.

- Reconoce también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano<sup>8</sup>.
- Reconoce el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza<sup>8</sup>.
- Reconoce que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación<sup>8</sup>.
- Reconoce también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>8</sup>.

Una reseña reciente de la literatura, países de ingresos bajos y medios informan prevalencia de discapacidad infantil del 0,4% al 12,7% según el estudio y herramienta de evaluación. Una revisión en personas de países de bajos ingresos señalaron los problemas para identificar y caracterizar la discapacidad como resultado de la falta de herramientas culturales y lingüísticas específicas para evaluación. Esto puede explicar en parte la variación en las cifras de prevalencia y sugiere que los niños con discapacidad no están siendo identificados o recibiendo los servicios necesarios. Se debe valorar el funcionamiento de un niño, no de forma aislada sino en el contexto de la familia y el entorno social. Los menores de 5 años en los países en desarrollo están expuestos a múltiples riesgos, incluida la pobreza, la desnutrición, mala salud y ambientes hogareños poco estimulantes, que pueden afectar las funciones cognitivas, motoras y desarrollo socioemocional. Como la gravedad del retraso en el

crecimiento y la insuficiencia ponderal aumenta, también lo hace la proporción de niños con detección positiva de riesgo de discapacidad<sup>9</sup>.

#### **4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las estimaciones de la prevalencia de niños con discapacidades variaron sustancialmente según la definición y la medida de la discapacidad. Las estimaciones de la Carga Global de Enfermedad reflejaron que el número de niños de 0 a 14 años que experimentaron una “discapacidad moderada o grave”, de 93 millones (5,1%), 13 millones (0,7%) de niños experimentaron graves dificultades. En 2005 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calculó el número de niños menores de 18 años con discapacidad en 150 millones<sup>9</sup>.

Los niños con discapacidad presentaron algunos factores que los hacen vulnerables a vivir alguna forma de maltrato infantil ya sea por los padres, otros miembros de la familia, cuidadores u otros niños.

Los niños con discapacidad fueron 3 a 4 veces más probables de sufrir violencia. Se evidenció que la incidencia de abuso es 3.4 veces mayor en niños discapacitados que en los no discapacitados. También, los niños con trastornos de la comunicación o alteraciones del comportamiento tuvieron 5-7 veces mayor riesgo de sufrir abuso. Entre las razones por las que los niños con discapacidad fueron más vulnerables al abuso, se encontraron las siguientes: fueron sujetos de mayor aislamiento físico y social de los servicios principales, tuvieron dependencia de los padres y cuidadores para llevar a cabo medidas de cuidado personal lo cual incrementó su riesgo de exposición, fueron expuestos a una mayor cantidad de cuidadores, profesionales y voluntarios incluidos personal residencial y de relevo, fueron incapaces de resistir o evitar el abuso, por ejemplo, debido a movilidad restringida, estuvieron sujetos a una mayor desigualdad de poder, fue menos probable que recibieran educación sexual o información sobre sus cuerpos, usaron diferentes sistemas de comunicación; no tuvieron las habilidades lingüísticas para expresar lo que les pasa, fueron incapaces de distinguir los tipos de tacto, tuvieron menos opciones en la vida cotidiana, vivieron con la tendencia de obedecer para sobrevivir y no creyeron que pudieran controlar cosas<sup>10</sup>.

Como se expuso anteriormente, es un hecho que los niños con discapacidad tuvieron mayor probabilidad de sufrir algún tipo de maltrato infantil, en este estudio se determinó la prevalencia de maltrato infantil en niños con discapacidad, cuál el sexo

más afectado, la edad más frecuente de presentación así como si es más prevalente alguna forma de maltrato infantil en esta población definiendo estas características clínicas en la población de niños y niñas valorados en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría.

#### **4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles fueron las características clínicas de los niños con maltrato infantil y discapacidad atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del INP?

#### **5. JUSTIFICACIÓN**

Fue imperativo y prioritario determinar las características de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que sufrieron maltrato infantil con el objetivo de sensibilizar al personal de salud y proponer intervenciones de prevención y detección temprana, así como canalizarlos a los servicios pertinentes para su atención, seguimiento y rehabilitación ya que ello mejoraría la calidad de vida del niño y su familia<sup>11</sup>.

#### **6. OBJETIVOS.**

##### **a) Objetivo General**

Se determinaron las características clínicas estratificándolas por grupo etario, sexo, tipo de maltrato infantil, tipo de discapacidad y tipo de familia a la que pertenecen los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 18 años de edad que son sujeto de maltrato infantil y tienen alguna discapacidad, que fueron valorados por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría durante enero 2017 a diciembre 2021.

##### **Objetivos Específicos**

1. Se determinó la frecuencia por grupo etario y sexo del paciente
2. Se determinó la frecuencia de tipo de maltrato infantil por grupo etario y sexo
3. Se determinó la frecuencia de tipo de discapacidad por grupo etario y sexo
4. Se estableció la frecuencia del tipo de familia al que pertenecen los pacientes por grupo etario y sexo
5. Se estableció la edad promedio de los padres

6. Se estableció la frecuencia del grado de escolaridad de los cuidadores por grupo de edad de los padres
7. Se estableció el nivel socioeconómico de los cuidadores por grupo etario del paciente

## 7. MATERIAL Y MÉTODO.

- a) **Clasificación de la investigación:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.
- b) **Población a estudiar:** Expedientes de pacientes de ambos sexos desde el nacimiento hasta los 18 años de edad con diagnóstico de alguna forma de maltrato infantil y discapacidad atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2021.
- c) **Criterios de selección:**

**-Criterios de inclusión:** Se estudiaron los expedientes de los pacientes que cumplieron con el diagnóstico de alguna forma de maltrato infantil y cualquier discapacidad en pacientes atendidos por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del INP, en edad de recién nacidos a los 18 años, ambos sexos en el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2021.

d) Variables a investigar en cada sujeto

Las variables que se incluirán en el presente estudio se enumeraron a continuación:

TABLA DE VARIABLES			
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN DE LA VARIABLE

<p>Maltrato físico</p>	<p>Toda forma de agresión no accidental infligida al menor producido por el uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:</p> <p>a. Traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte, y</p> <p>b. Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1= Presente</p>
------------------------	---	----------------------------	--------------------

<p>Maltrato psicológico</p>	<p>Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>2= Presente</p>
-----------------------------	---	----------------------------	--------------------

Abuso sexual	<p>Consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.</p> <p>Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía.</p>	Cualitativa nominal	3= Presente
--------------	--	---------------------	-------------



Negligencia	<p>Cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras.</p>	Cualitativa nominal	4= Presente
Trastorno facticio	<p>Trastorno que consiste en pretender que el niño tiene síntomas o bien producir síntomas físicos o psicológicos sin que haya una razón externa aparente.</p>	Cualitativa nominal	5= Presente

<p>Discapacidad auditiva</p>	<p>Significa una discapacidad auditiva, ya sea permanente o fluctuante, que afecta negativamente el rendimiento educativo del niño, pero no está incluido en la definición de "sordera".</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>3= Presente</p>
<p>Discapacidad intelectual</p>	<p>funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio general, que existe de manera concurrente con déficits en el comportamiento adaptativo y se manifiesta durante el período de desarrollo</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>4= Presente</p>

<p>Discapacidad mixta</p>	<p>deficiencias concomitantes, como discapacidad intelectual-ceguera, discapacidad intelectual-discapacidad ortopédica), la cuya combinación origina necesidades educativas que no pueden ser cubiertas en programas de educación especial para únicamente una de las discapacidades. El término no incluye sordoceguera.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>5= Presente</p>
<p>Discapacidad motora</p>	<p>discapacidad ortopédica grave que afecta negativamente la educación de un niño. El término incluye deterioros causado por una anomalía congénita, deficiencias causado por una enfermedad (por ejemplo, poliomielitis,</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>6= Presente</p>

		tuberculosis ósea) y deficiencias por otras causas (por ejemplo, parálisis cerebral, amputaciones y fracturas o quemaduras que provocan contracturas).		
Trastornos del habla o del lenguaje	del	trastorno de la comunicación como tartamudeo, articulación alterada, discapacidad del lenguaje, o una discapacidad de la voz que afecta negativamente el rendimiento educativo de un niño.	Cualitativa nominal	1= Presente

<p>Discapacidad visual (incluida la ceguera)</p>	<p>discapacidad en la visión que, incluso con corrección, afecta negativamente la educación de un niño. El término incluye tanto la vista parcial como la ceguera</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>2= Presente</p>
<p>Edad</p>	<p>Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>1= Lactante (1 mes-23 meses)  2= Preescolar (24 meses- 6 años)  3= Escolar (7-11 años)  4= Adolescente (12-18 años)</p>

Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Cualitativa nominal	1= Masculino 2= Femenino
------	--	---------------------	-----------------------------

TABLA DE VARIABLES DE LOS CUIDADORES			
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN DE LA VARIABLE
Escolaridad de padres	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cualitativa ordinal	1= Analfabeta 2= Primaria 3= Secundaria 4= Bachillerato 5= Licenciatura
Nivel socioeconómico	Perteneciente o relativo a los factores sociales y económicos.	Cualitativa ordinal	1= Bajo 2= Medio 3= Alto

Tipo de familia	Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.	Cualitativa nominal	<p>Con parentesco</p> <p>1= Nuclear</p> <p>2= Nuclear simple</p> <p>3= Nuclear numerosa</p> <p>4= Reconstruida (binuclear)</p> <p>5= Monoparental</p> <p>6= Monoparental extendida</p> <p>7= Monoparental extendida compuesta</p> <p>8= Extensa</p> <p>9= Extensa compuesta</p> <p>10= No parental</p> <p>Sin parentesco</p> <p>11= Monoparental extendida sin parentesco</p> <p>12= Grupos similares a familias</p>
-----------------	---	---------------------	--

### 7.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estimó que se tendrían aproximadamente 180 pacientes.

## 7.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se revisaron los expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría durante enero de 2017 a diciembre de 2021, se recolectaron los datos en una hoja de cálculo de Excel, se vaciaron los datos en el programa SPSS y posteriormente se realizó la validación de los datos obtenidos.

En los objetivos específicos del 1 al 6 se contemplaron variables cualitativas, aquellas correspondientes a los niños y niñas menores de 18 años de edad como son: grupo etario, sexo, tipo de maltrato infantil, tipo de discapacidad así como tipo de familia a la que pertenecen y aquellas correspondientes a los cuidadores como son: edad, grado de escolaridad y nivel socioeconómico.

Las variables cualitativas se describieron en porcentajes, para las variables cuantitativas se usó media.

## 8. RESULTADOS

Tabla 1. Características clínicas de la población estudiada.

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Número	54	100
<b>Grupo etario</b>		
Lactante	5	9.3
Preescolar	13	24.1
Escolar	18	33.3
Adolescente	18	33.3
<b>Sexo</b>		
Masculino	32	59.3
Femenino	22	40.7
<b>Tipo de maltrato infantil</b>		
Físico	5	9.3
Psicológico	5	9.3
Sexual	3	5.6
Negligencia	33	61.1
Trastorno facticio	1	1.9
Físico y psicológico	4	7.4
Físico, Psicológico, Sexual, Negligencia	1	1.9
Físico, Sexual y Negligencia	1	1.9



Físico y Negligencia	1	1.9
<b>Tipo de discapacidad</b>		
Lenguaje	4	7.4
Discapacidad visual	5	9.3
Discapacidad auditiva	2	3.7
Discapacidad intelectual	32	59.3
Discapacidad mixta	11	20.4
Discapacidad motora	0	0
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear simple	23	42.6
Nuclear numerosa	3	5.6
Reconstruida	1	1.9
Monoparental	9	16.7
Monoparental extendida	4	7.4
Monoparental extendida compuesta	3	5.6
Extensa	3	5.6
No parental	7	13
Grupos similares a familias	1	1.9
<b>Grupo de edad de la madre</b>		
Menor a 20 años	5	9.3
20 a 29 años	15	27.8
30 y más años	31	57.4
Se desconoce	3	5.6
<b>Grupo de edad del padre</b>		
Menor a 20 años	0	0
20 a 29 años	13	24.1
30 y más años	34	63
Se desconoce	7	13
<b>Escolaridad de la madre</b>		
Analfabeta	0	0
Alfabeta	2	3.7
Primaria	12	22.2
Secundaria	18	33.3
Bachillerato	10	18.5
Se desconoce	12	22.2
<b>Escolaridad del padre</b>		
Analfabeta	0	0
Alfabeta	2	3.7
Primaria	12	22.2
Secundaria	18	33.3
Bachillerato	10	18.5
Se desconoce	12	22.2

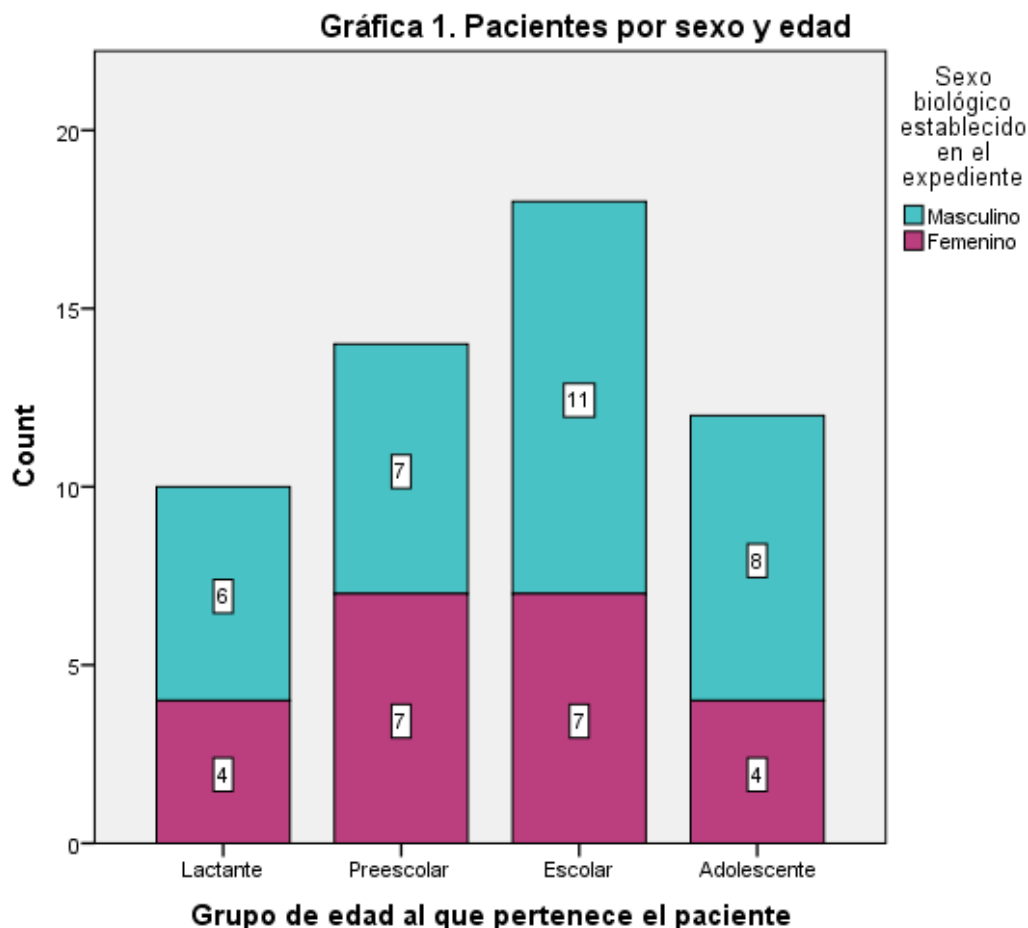
Nivel socioeconómico		
Bajo	53	98.1
Medio	0	0
Alto	0	0
Se desconoce	1	1.9

Se revisaron los expedientes de 181 pacientes atendidos en el Centro de Atención Integral al Niño Maltratado en el periodo de enero 2017 a diciembre 2021, de los cuales se excluyeron 127.

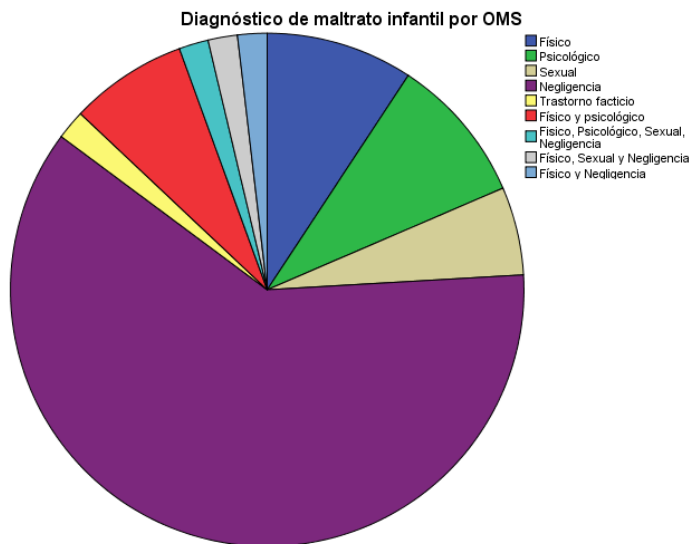
En el análisis se incluyeron un total de 54 pacientes que cumplieron con diagnóstico confirmado. Se obtuvo un promedio de edad de 7.3 años (DE 4.9), la edad mínima fue de 0.7 y la máxima de 18.

Con respecto al grupo de edad se obtuvo lo siguiente: en lactantes, 4 (7.4%) de sexo femenino y 6 (11.1%) del masculino. En preescolares, 7 (12.9%) de sexo femenino y 7 (12.9%) de masculino. En escolares, 7 (12.9%) de sexo femenino y 11 (20.3%) de masculino. En adolescentes, 4 (7.4%) de sexo femenino y 8 (14.8%) de masculino.

**Gráfica 1.**



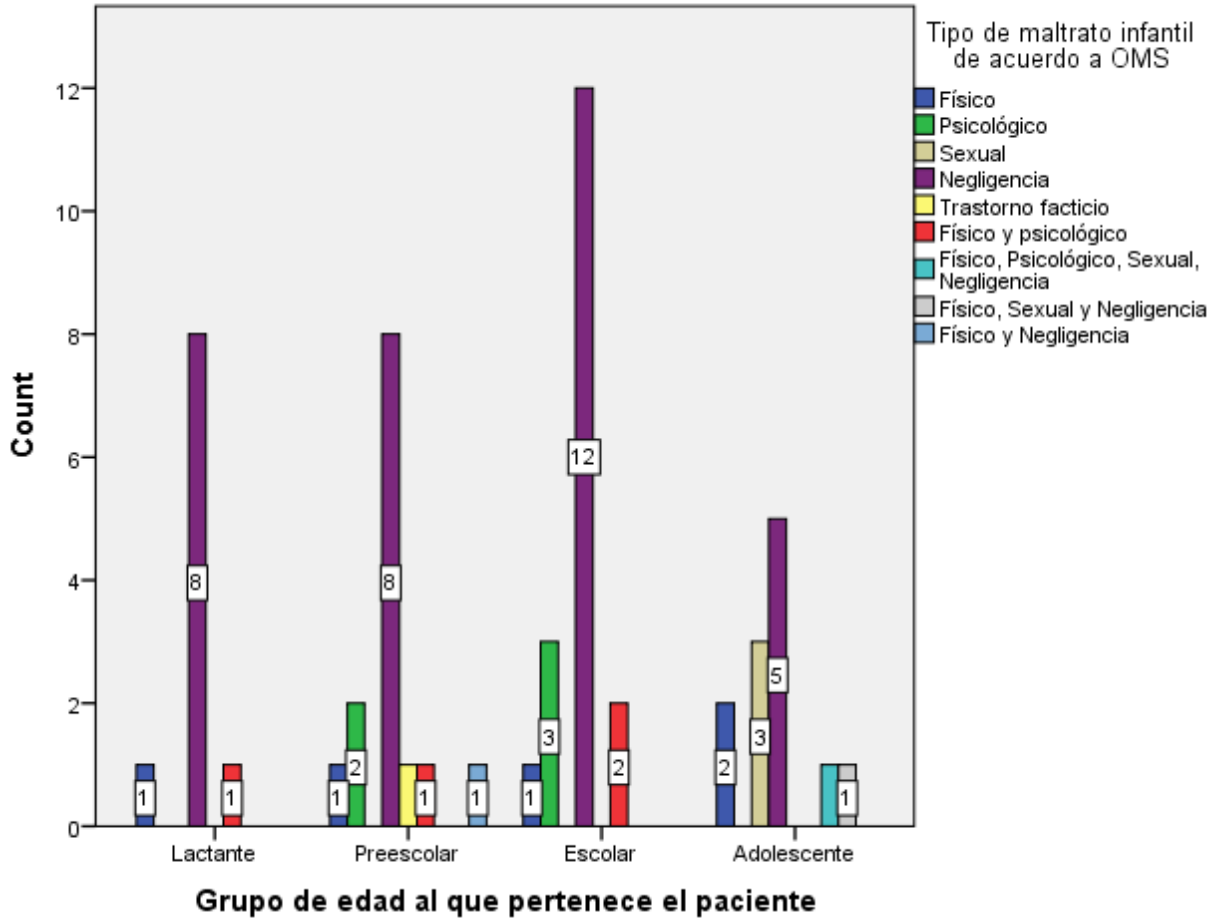
El maltrato infantil por orden de frecuencia fue: negligencia 33 (61.1%), físico 5 (9.3%), psicológico 5 (9.3%), combinación de maltrato físico y psicológico 4 (7.4%), sexual 3 (5.6%), mientras que trastorno facticio, combinación de físico, psicológico, sexual y negligencia, combinación físico, sexual y negligencia, combinación de físico y negligencia 1 (1.9%). **Figura 1.**



**Figura 1.** Frecuencias de tipo de maltrato infantil.

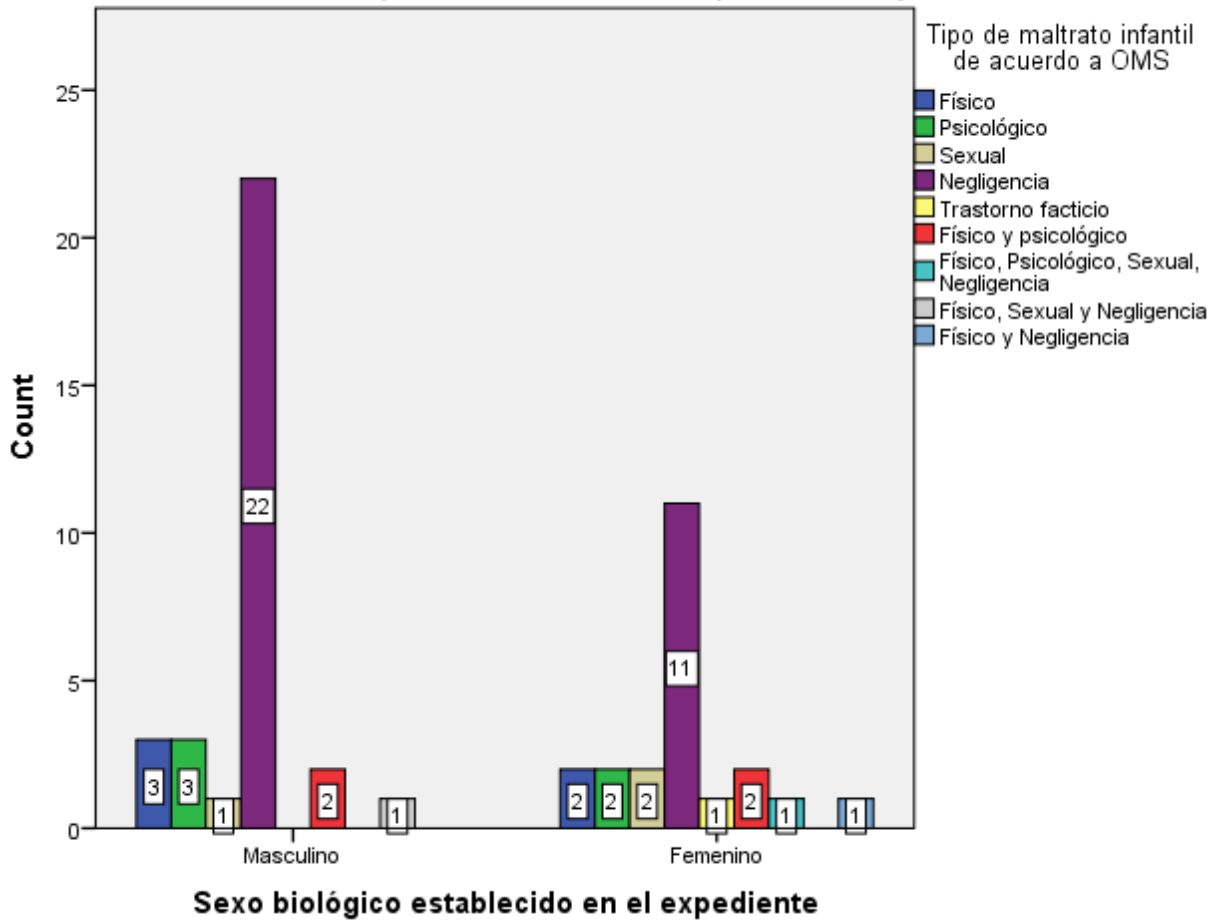
Con respecto al tipo de maltrato infantil, en el grupo de lactantes, 1 (1.9%) fue sujeto de maltrato físico, 8 (14.8%) de negligencia, 1 (1.9%) de la combinación de físico y psicológico. En el grupo de preescolares, 1 (1.9%) fue sujeto de maltrato físico, 2 (3.7%) de psicológico, 8 (14.8%) de negligencia, 1 (1.9%) de trastorno facticio, 1 (1.9%) de la combinación de físico y psicológico y 1 (1.9%) de la combinación de físico y negligencia. En el grupo de escolares, 1 (1.9%) de físico, 3 (5.5%) de psicológico, 12 (22.2%) de negligencia y 2 (3.7%) de la combinación de físico y psicológico. En el grupo de adolescentes, 2 (3.7%) de físico, 3 (5.5%) de sexual, 5 (%) negligencia, 1 (1.9%) la combinación de físico, psicológico, sexual y negligencia y 1 (1.9%) la combinación de físico, sexual y negligencia. **Gráfica 2.**

**Gráfica 2. Tipo de maltrato infantil por grupo de edad**

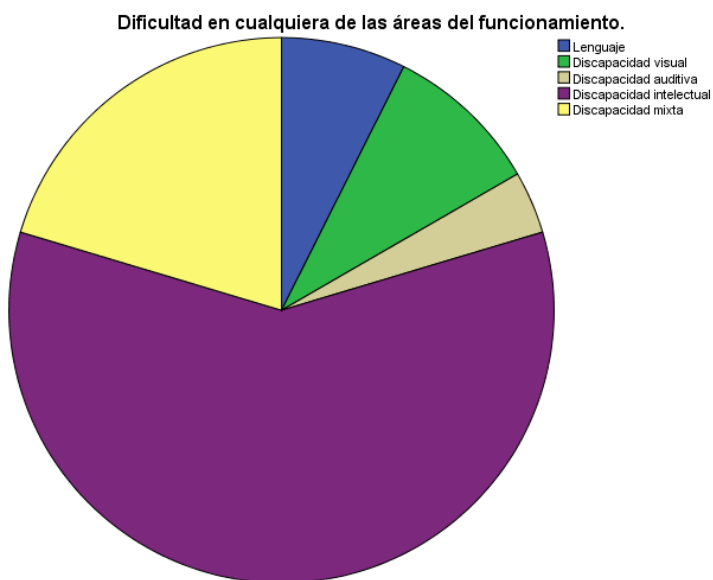


En los pacientes de sexo masculino, se observó que 3 (5.5%) fueron sujeto de maltrato físico, 3 (5.5%) psicológico, 1 (1.9%) sexual, 22 (40.7%) negligencia, 2 (3.7%) la combinación de físico y psicológico, 1 (1.9%) la combinación de físico, sexual y negligencia. Mientras que en los pacientes de sexo femenino, se observó lo siguiente: 2 (3.7%) fueron sujeto de maltrato físico, 2 (3.7%) psicológico, 2 (3.7%) sexual, 11 (20.3%) negligencia, 1 (1.9%) trastorno facticio, 2 (3.7%) la combinación de físico y psicológico, 1 (1.9%) la combinación de físico, psicológico, sexual y negligencia, 1 (1.9%) la combinación de físico y negligencia. **Gráfica 2.1**

**Gráfica 2.1. Tipo de maltrato infantil presentado por sexo**

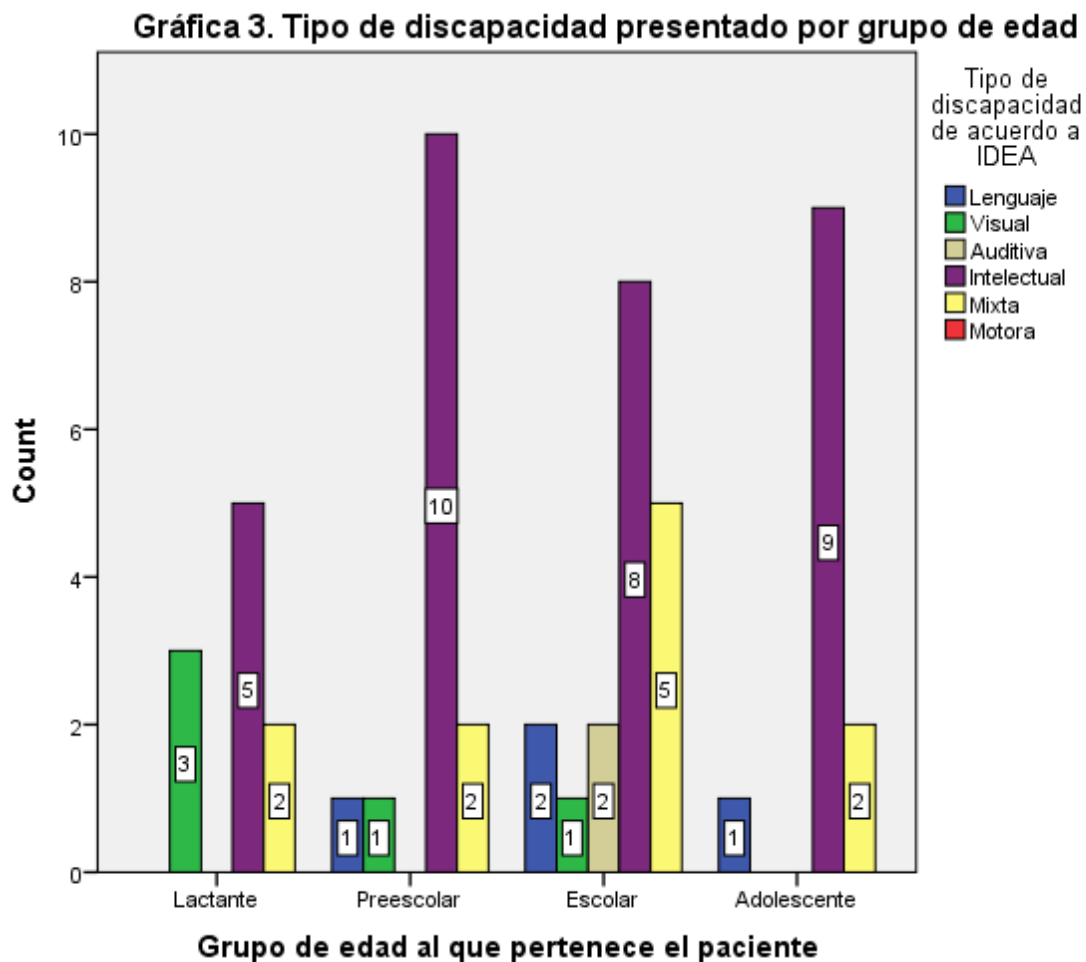


El tipo de discapacidad por orden de frecuencia fue: intelectual 32 (59.3%), mixta 11 (20.4%), visual 5 (9.3%), lenguaje 4 (7.4%), auditiva 2 (3.7%). **Figura 2.**



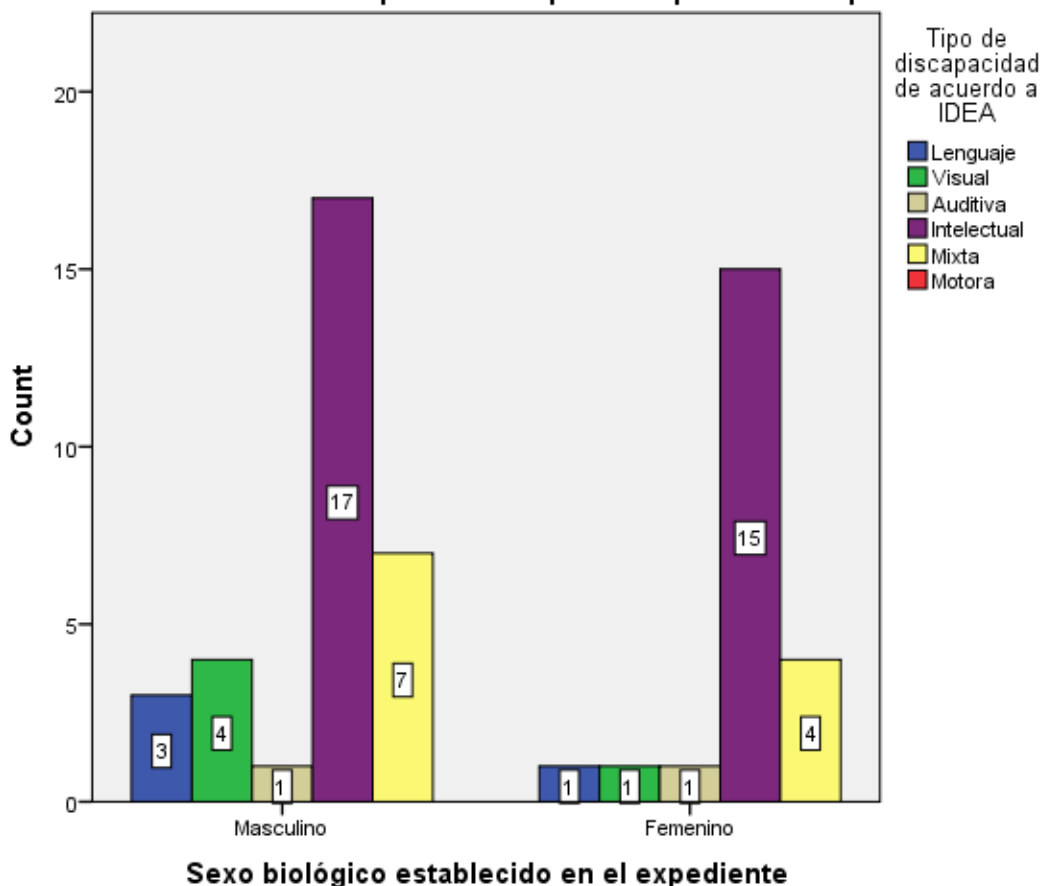
**Figura 2.** Frecuencias de tipo de discapacidad.

Con respecto al tipo de discapacidad, en el grupo de lactantes, 3 (5.5%) presentaron discapacidad visual, 5 (9.2%) intelectual y 2 (3.7%) mixta. En preescolares, 1 (1.9%) discapacidad de lenguaje, 1 (1.9%) visual, 10 (18.5%) intelectual y 2 (3.7%) mixta. En escolares, 2 (3.7%) discapacidad de lenguaje, 1 (1.9%) visual, 2 (3.7%) auditiva, 8 (14.8%) intelectual, 5 (9.2%) mixta. En adolescentes, 1 (1.9%) discapacidad de lenguaje, 9 (16.6%) intelectual y 2 (3.7%) mixta. **Gráfica 3**



En los pacientes de sexo masculino, se observó que 3 (5.5%) presentaban discapacidad de lenguaje, 4 (7.4%) visual, 1 (1.9%) auditiva, 17 (31.4%) intelectual y 7 (12.9%) mixta. Mientras que en los pacientes de sexo femenino, se observó lo siguiente: 1 (1.9%) presentaba discapacidad de lenguaje, 1 (1.9%) visual, 1 (1.9%) auditiva, 15 (27.7%) intelectual y 4 (7.4%) mixta. **Gráfica 3.1**

**Gráfica 3.1. Tipo de discapacidad presentado por sexo**

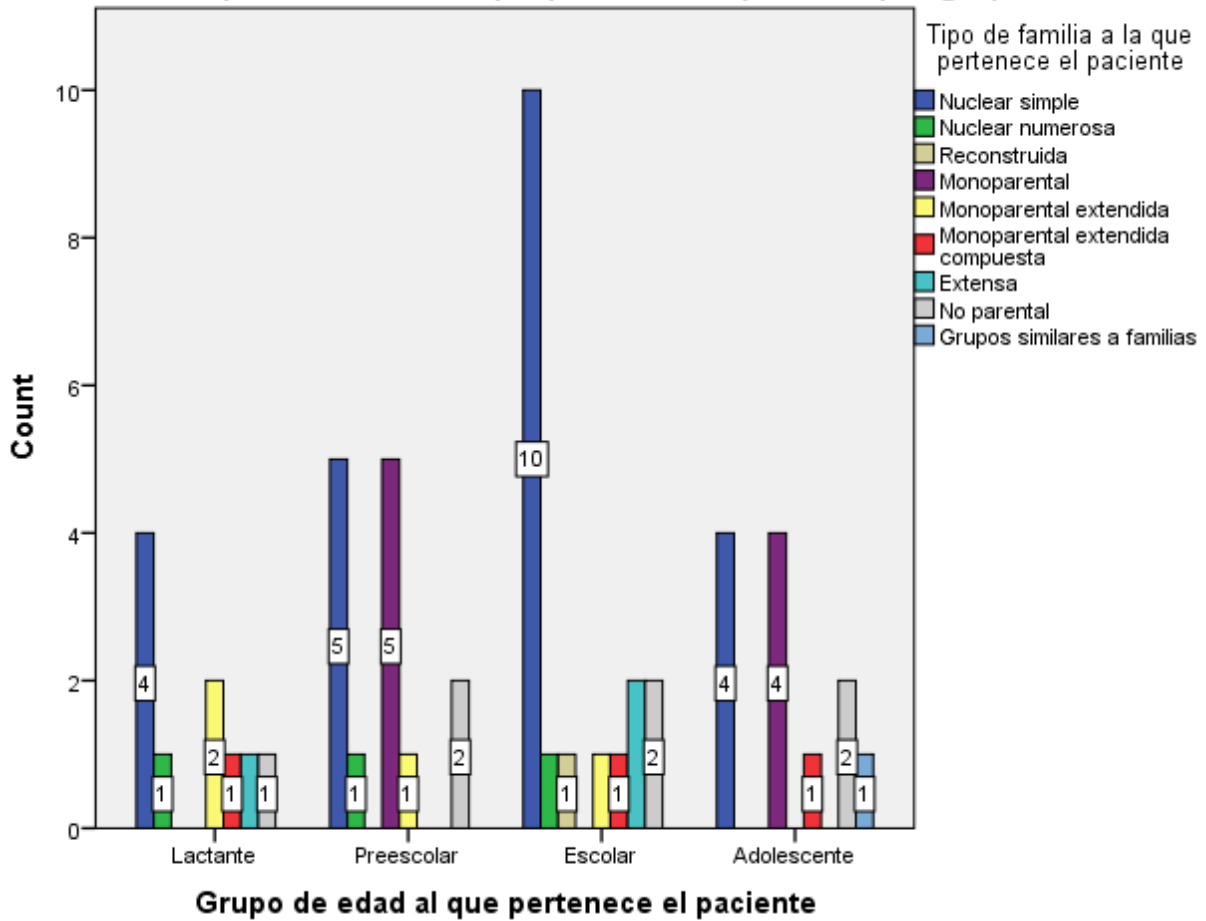


El tipo de familia a la que pertenecen los pacientes, por orden de frecuencia fue: nuclear simple 23 (42.6), monoparental 9 (16.7%), no parental 7 (13%), monoparental extendida 4 (7.4%), mientras que nuclear numerosa, monoparental extendida compuesta y extensa 3 (5.6%), reconstruida y grupos similares a familias 1 (1.9%).

En el grupo de lactantes, 4 (7.4%) pertenecían a una familia nuclear simple, 1 (1.9%) a una nuclear numerosa, 2 (3.7%) a una monoparental extendida, 1 (1.9%) a monoparental extendida compuesta, 1 (1.9%) a una extensa y 1 (1.9%) a no parental. En preescolares, 5 (9.2%) pertenecían a una nuclear simple, 1 (1.9%) a una nuclear numerosa, 5 (9.2%) a una monoparental, 1 (1.9%) a una monoparental extendida y 2 (3.7%) a no parental. En escolares, 10 (18.5%) pertenecían a una nuclear simple, 1 (1.9%) a una nuclear numerosa, 1 (1.9%) a una reconstruida, 1 (1.9%) a una monoparental extendida, 1 (1.9%) a una monoparental extendida compuesta, 2 (3.7%) a una extensa, 2 (3.7%) a no parental. En adolescentes, 4 (7.4%) pertenecían a una nuclear simple, 4 (7.4%) a una monoparental, 1 (1.9%) a una monoparental extendida compuesta, 2 (3.7%) a no parental y 1 (1.9%) a grupos similares a familias.

**Gráfica 4**

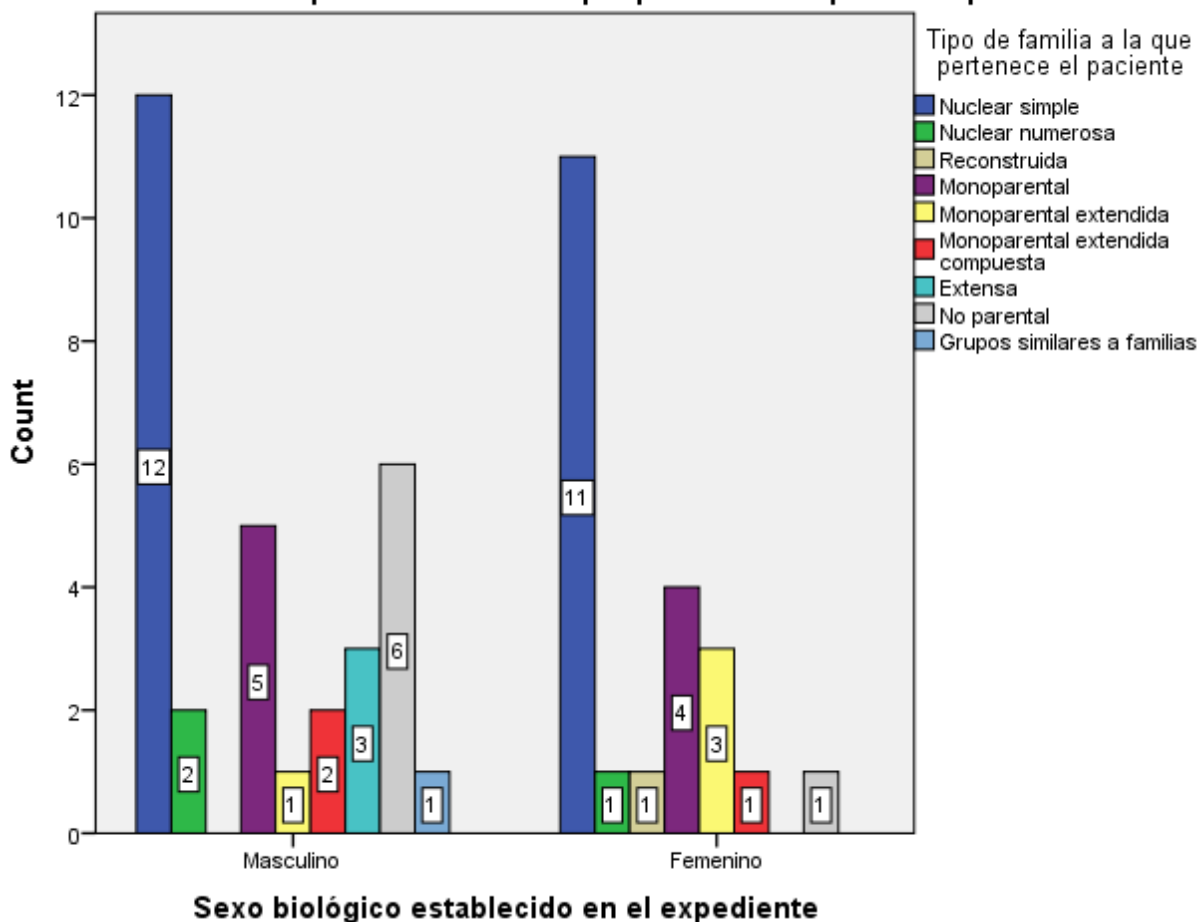
**Gráfica 4. Tipo de familia a la que pertenece el paciente por grupo de edad**



Los pacientes de sexo masculino, se observó que 12 (22.2%) pertenecían a una familia nuclear simple, 2 (3.7%) a una nuclear numerosa, 5 (9.2%) a una monoparental, 1 (1.9%) a una monoparental extendida, 2 (3.7%) a una monoparental extendida compuesta, 3 (5.6%) a una extensa, 6 (11.1%) a una no parental y 1 (1.9%) a grupos similares a familias. Mientras que los pacientes de sexo femenino, 11 (20.3%) pertenecían a una familia nuclear simple, 1 (1.9%) a una nuclear numerosa, 1 (1.9%) a una reconstruida, 4 (7.4%) a una monoparental, 3 (5.6%) a una monoparental extendida, 1 (1.9%) a una monoparental extendida compuesta, 1 (1.9%) a una no parental. **Gráfica 4.1**



**Gráfica 4.1. Tipo de familia a la que pertenece el paciente por sexo**

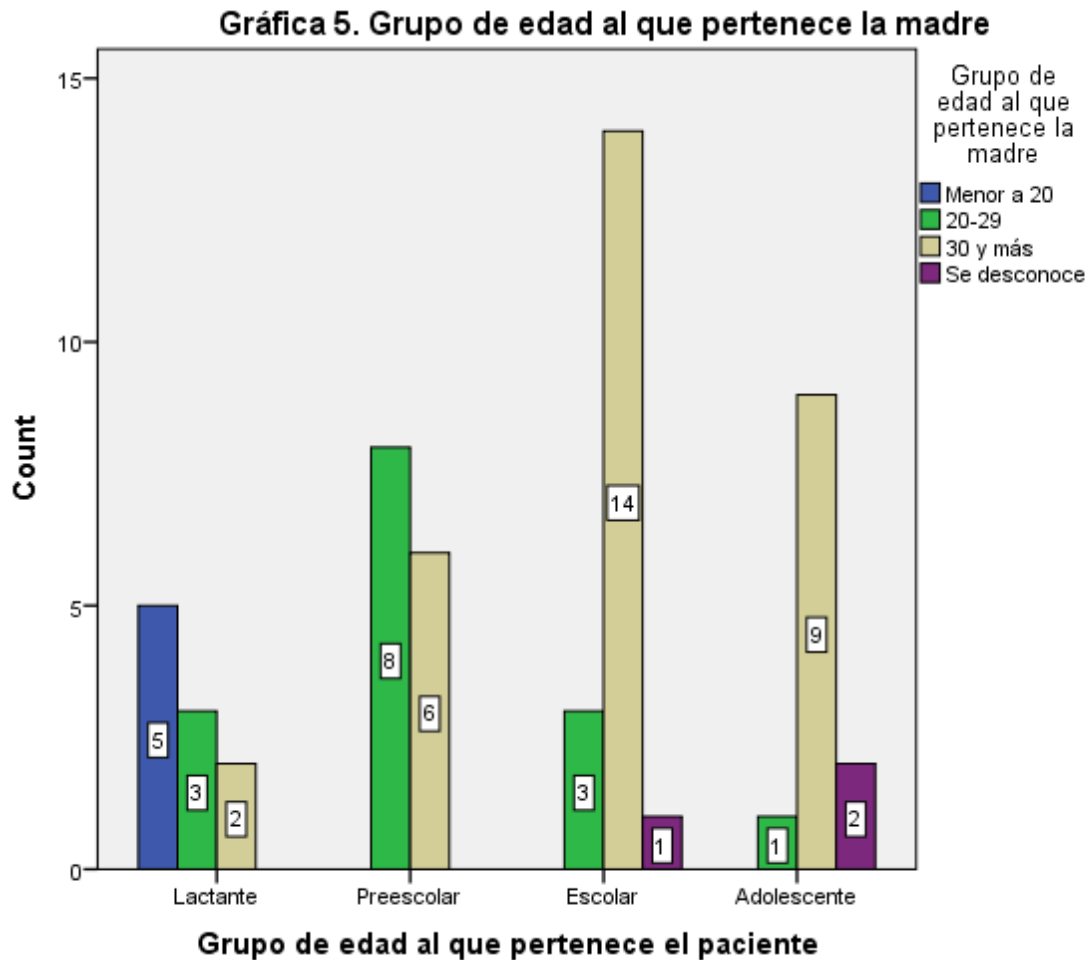


#### Características clínicas de los cuidadores

La edad promedio en años de las madres fue 31.8 (DE 12.5).

El grupo de edad al que pertenecen las madres, por orden de frecuencia fueron: 30 y más años: 31 (57.4%), 20-29 años: 15 (27.8%), menor a 20 años: 5 (9.3%), se desconoce 3 (5.6%).

En el grupo de lactantes, 5 (9.2%) tenían menos de 20 años, 3 (5.6%) tenían 20-29 años, 2 (3.7%) 30 y más años. En preescolares, 8 (14.8%) tenían 20-29 años y 6 (11.1%) 30 y más años. En escolares, 3 (5.6%) tenían 20-29 años, 14 (25.9%) 30 y más años, 1 (1.9%) se desconocía la edad. En adolescentes, 1 (1.9%) tenía 20-29 años, 9 (16.6%) 30 y más años, 2 (3.7%) se desconocía la edad. **Gráfica 5**

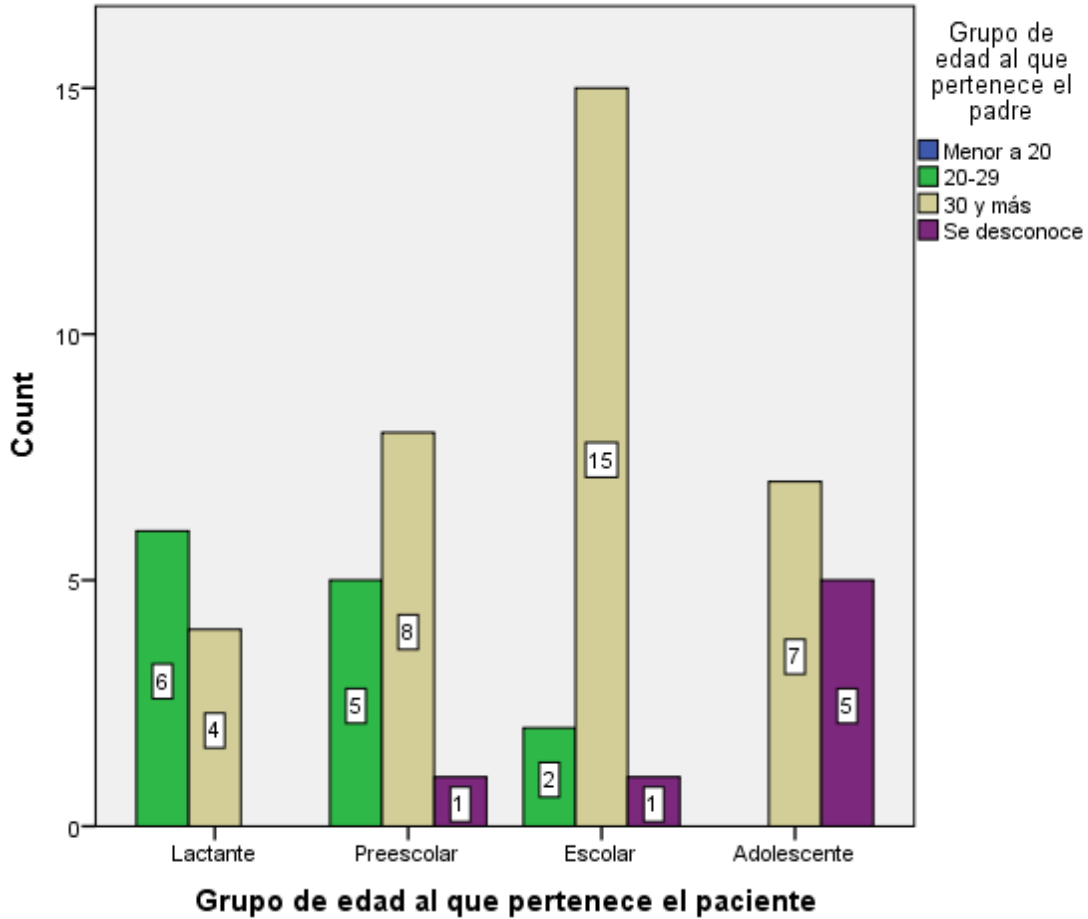


La edad promedio en años de los padres fue 33.5 (DE 17.9).

El grupo de edad al que pertenecen los padres, por orden de frecuencia fueron: 30 y más años: 34 (63%), 20-29 años: 13 (24.1%), menor a 20 años: 0, se desconoce 7 (13%).

En el grupo de lactantes, 6 (11.1%) tenían 20-29 años, 4 (7.4%) 30 y más años. En preescolares, 5 (9.2%) tenían 20-29 años, 8 (14.8%) 30 y más años, 1 (1.9%) se desconocía la edad. En escolares, 2 (3.7%) tenían 20-29 años, 15 (27.7%) 30 y más años, 1 (1.9%) se desconocía la edad. En adolescentes, 7 (13%) tenían 30 y más años, 5 (9.2%) se desconocía la edad. **Gráfica 6.**

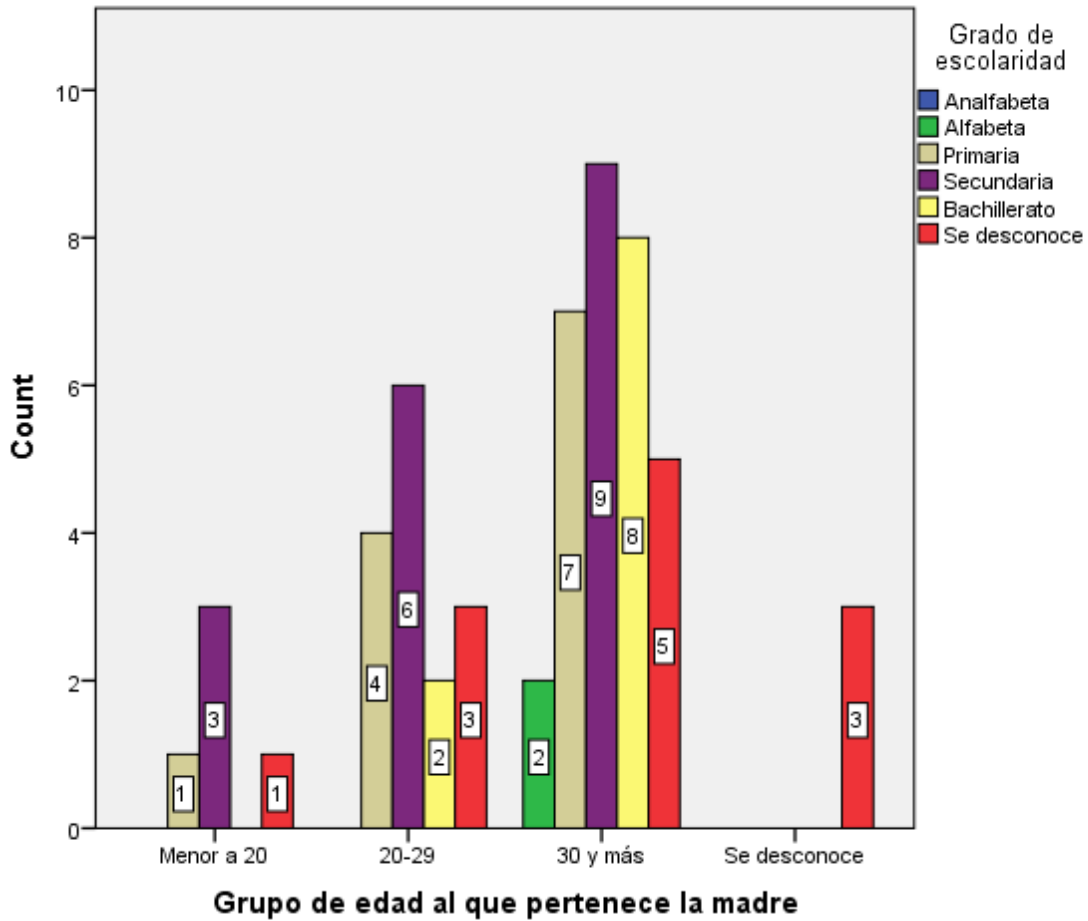
**Gráfica 6. Grupo de edad al que pertenece el padre**



El grado de escolaridad de los cuidadores fue: secundaria 18 (33.3%), primaria 12 (22.2%), se desconoce 12 (22.2%), bachillerato 10 (18.5%), alfabeto 2 (3.7%).

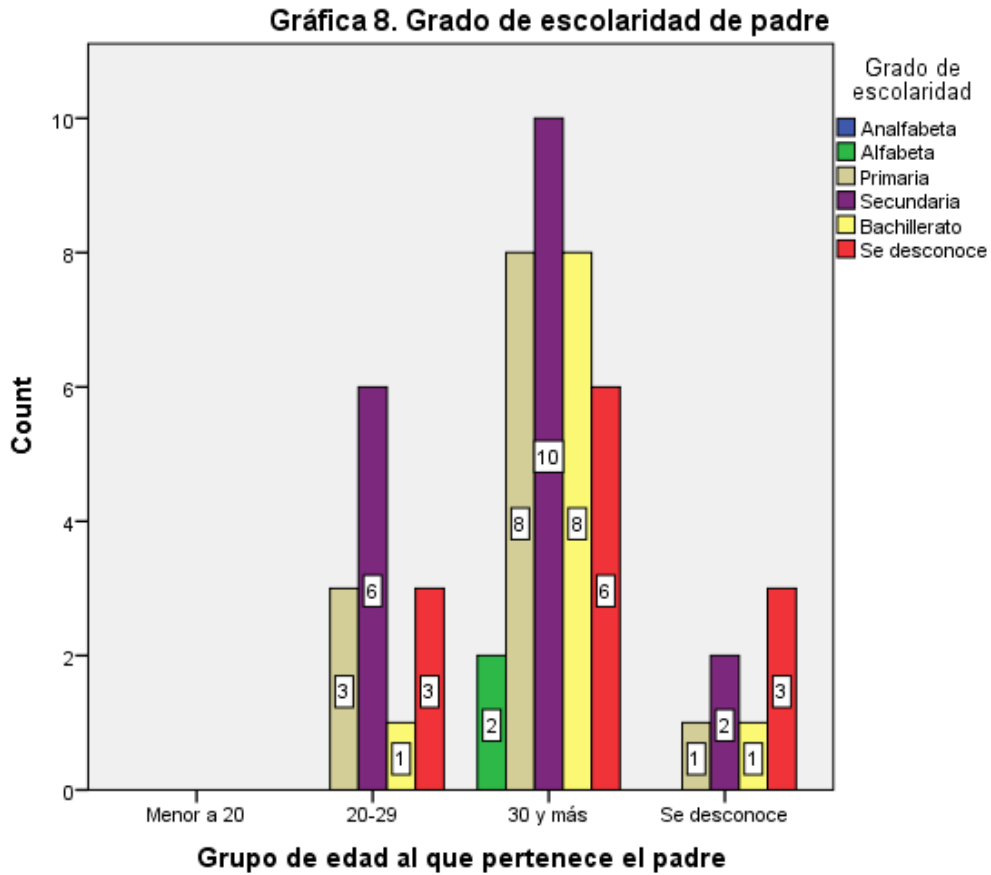
En el grupo de edad de madres menores a 20 años, 1 (1.9%) tenían primaria, 3 (5.6%) secundaria y 1 (1.9%) se desconocía la escolaridad. En el grupo de edad de madres 20-29 años, 4 (7.4%) tenían primaria, 6 (11.1%) secundaria, 2 (3.7%) bachillerato, 3 (5.6%) se desconocía la escolaridad. En el grupo de edad de madres de 30 años y más, 2 (3.7%) eran alfabetas, 7 (13%) tenían primaria, 9 (16.6%) secundaria, 8 (14.8%) bachillerato, 8 (14.8%) se desconocía la escolaridad. **Gráfica 7.**

**Gráfica 7. Grado de escolaridad de madre**

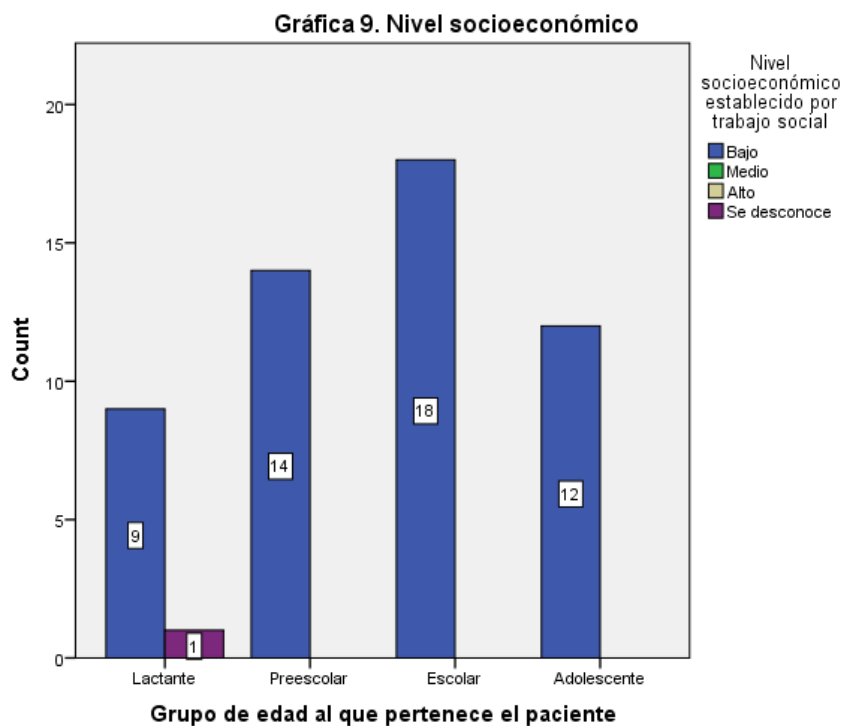


En el grupo de edad de padres de 20-29 años, 3 (5.6%) tenían primaria, 6 (11.1%) secundaria, 1 (1.9%) bachillerato, 3 (5.6%) se desconocía la escolaridad. En el grupo de edad de padres de 30 años y más, 2 (3.7%) eran alfabetas, 8 (14.8%) tenían primaria, 10 (18.5%) secundaria, 8 (14.8%) bachillerato, se desconocía la escolaridad.

**Gráfica 8.**



El nivel socioeconómico de los cuidadores fue bajo 53% (98.1) y se desconoce 1 (1.9%). **Gráfica 9**



## 9. DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos en nuestro estudio, encontramos que del total de la población estudiada, el 29% presentó alguna forma de maltrato infantil, nuestro resultado coincide al estudio realizado por Maclean en donde se encontró que de 524 534 pacientes estudiados, el 25.9% padecían alguna forma de maltrato infantil.

Con relación a la edad de los pacientes con maltrato infantil y discapacidad encontramos que el promedio fue de 4.8 años, lo cual coincide con el estudio de Maclean (17) en el cual se observó que la edad promedio de los niños con maltrato infantil y discapacidad fue de 4.8 años (17).

En nuestro estudio, el grupo etario más afectado fue el de escolares con edad entre 7 y 11 años, no se encontraron estudios donde se clasificaran a los pacientes por grupo etario. En relación al género, se encontró que la mayoría de pacientes eran género masculino en un porcentaje de 59.3%, este resultado contrasta con el estudio de Maclean (17) en donde se encontró que 51.9% eran género femenino.

Lo anterior resulta de importancia ya que al desarrollar medidas de prevención se tendría que tener especial atención en este grupo de edad.

Al analizar el tipo de maltrato infantil de nuestros pacientes, encontramos que el tipo más frecuente fue la negligencia en 33 de los pacientes, que representan el 61.1% de la población lo cual coincide con el estudio de Maclean (17) en donde se observó que la negligencia fue el tipo de maltrato más frecuente en un 25% de los casos. Este resultado se ha asociado al tipo de cuidados especiales, múltiples consultas médicas y de rehabilitación, dieta especial o múltiples medicamentos administrados, lo cual suele ocasionar desgaste en cuidadora primarios; esta situación es de suma importancia ya que en pacientes con discapacidad se podrán proponer redes de apoyo con el objetivo de evitar este tipo de maltrato. El abuso sexual fue el menos frecuente presentándose en 3 pacientes, que representan el 5.6% de la población, similar al estudio reportado por Winters donde se presentó en 24 pacientes (15), es importante resaltar que resulta un reto valorar este tipo de maltrato ya que en pacientes con discapacidad intelectual u otras, no le es posible expresar el abuso, este aspecto abre una área de oportunidad para la realización de herramientas de tamizaje. A diferencia de lo que encontramos en nuestro estudio, Winters encontró al abuso psicológico como el tipo de maltrato más frecuente (15). En contraste, Jones observó que en el grupo de pacientes con enfermedades mentales o intelectuales

(que incluían depresión, ansiedad, trastornos emocionales, alteraciones del comportamiento, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad) predominaba el maltrato físico presentándose en 1186 niños que representan el 26.8% de la población siendo la negligencia el menos frecuente presentándose en 907 niños que representan el 7.8% (16).

De acuerdo a Taylor, las razones por las que los niños con discapacidad son más vulnerables a maltrato son porque reciben menos educación sexual así como menos información sobre sus cuerpos, carecen de habilidades de comunicación, son incapaces de distinguir los tipos de tacto, tienden a obedecer para sobrevivir y no creen tener el poder para controlar las cosas que les suceden (5).

Con relación al tipo de discapacidad predominante, nuestro estudio reportó que la más frecuente fue la intelectual presentándose en 32 pacientes que representan el 59.3%, nuestro resultado es similar a lo que Maclean observó en su estudio donde se reportó que la mayor proporción de pacientes que sufrieron algún tipo de maltrato presentaban discapacidad intelectual siendo 1599 que representaron 6.7% de la población, (17). Este resultado es similar a lo que Winters encontró en su estudio, donde la población más afectada es aquella con enfermedades del sistema nervioso central incluyendo epilepsia, parálisis cerebral e hidrocefalia que comparten la característica de presentar discapacidad intelectual en alguna medida (15). Lo anterior cobra relevancia ya que el cuidado de los pacientes con este tipo de discapacidad presenta diferentes barreras, como lo menciona Taylor, una de ellas es la dificultad para establecer una comunicación efectiva, otra es la necesidad de requerir asistencia en cuidados básicos de la vida diaria como la higiene personal aumentando su exposición a los diferentes tipos de maltrato infantil (5). Este resultado nos impulsaría a dirigir especial atención a los pacientes con discapacidad intelectual. En cuanto al tipo de familia a la que pertenecen los pacientes, nuestro estudio reportó que la más común fue la nuclear simple, esto es importante ya que el hecho de pertenecer a una familia no parental o a grupos similares a familias podría no implicar un mayor riesgo de maltrato infantil. Sin embargo, según Children's Bureau, los niños con discapacidad y sus familias son expuestos a factores de riesgo sociales como aislamiento, discriminación y falta de apoyo (8), ello representa un área de oportunidad ya que es posible proponer programas de apoyo social. No se encontraron estudios previos similares donde se analizara el tipo de familia al que pertenecen los pacientes.

Con respecto a las características de los cuidadores encontramos que la edad promedio de las madres y los padres fue de 31.8 y 33.5 años respectivamente, esto resulta importante ya que los programas de prevención de maltrato infantil se podrían enfocar en los cuidadores pertenecientes al grupo de edad de 30 y más años. Nuestros resultados también coinciden con el estudio de Maclean en donde observó que el grupo de edad predominante de los padres fue 20-29 años (17).

En relación al grado de escolaridad, encontramos educación secundaria en 18 cuidadores que representan el 33.3%, por lo que podríamos decir que un bajo grado de escolaridad representa un riesgo para maltrato infantil en los niños con discapacidad. No se encontraron estudios donde se describiera esta característica en los cuidadores.

Al analizar el nivel socioeconómico encontramos que el nivel predominantemente fue el clasificado como de bajos ingresos, el cual estuvo presente en 53 pacientes que representaron el 98.1%, nuestro resultado es similar a lo que Maclean observó en su estudio donde 11 506 pacientes que representaron 47.9% de la población pertenecían al estado socioeconómico más bajo (17). De acuerdo a Children's Bureau, la pobreza representa un factor de riesgo de maltrato infantil en niños con discapacidad (8) como lo vemos en nuestro estudio. Lo anterior resulta de importancia ya que los gastos invertidos en los cuidados que requiere un paciente con discapacidad es alto ya que requieren múltiples consultas, equipo para rehabilitación, medicamentos, entre otros, esto es importante ya que abre la posibilidad de enfocar redes de apoyo en los cuidadores con estas características.

La fortaleza que pudimos observar en nuestro estudio es que en el Instituto Nacional de Pediatría cuenta con la Clínica de Atención Integral al Maltratado Infantil, en donde son valorados de manera integral los pacientes. En relación a las debilidades y oportunidades es que se trata de un estudio retrospectivo que no toma en cuenta variables que pudiesen proponerse en un estudio prospectivo, como enfermedades o adicciones en los cuidadores, lo que abre la posibilidad de iniciar nuevos estudios así como de proponer la realización de cuestionarios de tamizaje con el objetivo de identificar los grupos más vulnerables y establecer medidas preventivas del maltrato infantil en niños con discapacidad.



## 10. CONCLUSIONES

Los niños con discapacidad particularmente los pertenecientes al grupo de edad de 7-11 años y del género masculino son más susceptibles a sufrir maltrato infantil en su variedad negligencia.

## 11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de investigación se ajusta a las normas éticas institucionales, así como de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Respeto la Declaración de Helsinki, en su versión actualizada del año 2013 la cual está complementada con la Declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud y los biobancos. La base de datos de esta investigación fue extraída de los expedientes clínicos electrónicos que forman parte de la base de datos del Instituto Nacional de Pediatría.

Al tratarse de un estudio retrospectivo no involucra riesgos biológicos, atribuibles a procedimientos ni derivados del uso de medicamentos.

Se declara, por parte de los investigadores involucrados, mantener confidencialidad de la información recabada de los expedientes clínicos de los pacientes que asisten al Centro de Atención Integral del Niño Maltratado que son incluidos en este estudio.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Kempe H, Silverman F, Steele B, et al. The Battered-Child Syndrome. JAMA. 1962 Julio 7;181:17-24.
2. Stoltenborgh M, Bakermans-Krakenburg M, Van Ijzendoorn M, et al. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. Int J Psychol. 2013 Abril 18;48(2):81-94
3. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. 19 de septiembre 2022. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#:~:text=El%20maltrato%20infantil%20se%20define,salud%2C%20desarrollo%20o%20dignidad%20del>
4. VanTieghem, M., Korom, M., Flannery, J., Choy, T., Caldera, C., Humphreys, K. L., Gabard-Durnam, L., Goff, B., Gee, D. G., Telzer, E. H., Shapiro, M., Louie, J. Y., Fareri, D. S., Bolger, N., & Tottenham, N. (2021). Longitudinal changes

in amygdala, hippocampus and cortisol development following early caregiving adversity. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 48(100916), 100916. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.100916>

5. Taylor, J., & Jones, C. (2016). 282 Child protection and disability in Scotland: a cause for concern. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 22(Suppl 2), A103.2-A104
6. National Dissemination Center for Children with Disabilities. (2012). *Categories of Disability Under IDEA*. <http://nichcy.org>
7. ONU. (2008). *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
8. The risk and prevention of maltreatment of children with disabilities. (n.d.). Retrieved July 24, 2021, from Childwelfare.gov website: <https://www.childwelfare.gov/pubs/prevenres/focus/>.
9. World Health Organization. (2011). *WORLD REPORT ON DISABILITY*. [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
10. Monica Campo, Children's exposure to domestic and family violence: Key issues and responses, CFCA Paper No. 36, Australian Institute of Family Studies, 2015, p 18. Australian Human Rights Commission, Children's Rights Report: All I want is a life free from violence - the impact of family and domestic violence on children, 2015, pp 102-103.
11. Goldson, E. (2001). Maltreatment among children with disabilities. *Infants and Young Children*, 13(4), 44–54. \*\*\*\*\*
12. World Health Organization. (2009). *Prevención del maltrato infantil : qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud.
13. Kalaimathi, S. A. (2012). Stages of growth and development. In *A Quick Reference Guide to Child's Growth and Development for Nurses* (pp. 9–9). Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
14. Ordóñez Azuara, Y., Gutiérrez Herrera, R. F., Méndez Espinoza, E., Alvarez Villalobos, N. A., López Mata, D., & de la Cruz de la Cruz, C. (2020). Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con

adolescentes de una población mexicana. *Atencion primaria*, 52(10), 680–689. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>

15. Winters N, Langer L, Geniets A (2017). Physical, psychological, sexual, and systemic abuse of children with disabilities in East Africa: Mapping the evidence. *PLoS ONE* 12(9): e0184541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184541>
16. Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* (London, England), 380(9845), 899–907. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
17. Maclean MJ, Sims S, Bower C, et al. Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*. 2017;139(4):e20161817

### 13. ANEXOS

#### ANEXO 1. TIPOS DE FAMILIA

TIPOLOGIA FAMILIAR POR PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS	DEFINICIÓN
Con parentesco	<p>Nuclear</p> <p>Nuclear simple</p> <p>Nuclear numerosa</p> <p>Reconstruida (binuclear)</p> <p>Monoparental</p>	<p>Hombre y mujer sin hijos</p> <p>Padre y madre con 1 a 3 hijos</p> <p>Padre y madre con 4 hijos o más</p> <p>Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior</p> <p>Padre o madre con hijos</p>

	<p>Monoparental extendida</p> <p>Monoparental extendida compuesta</p> <p>Extensa</p> <p>Extensa compuesta</p> <p>No parental</p>	<p>Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.</p> <p>Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco</p> <p>Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco</p> <p>Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.</p> <p>Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)</p>
Sin parentesco	<p>Monoparental extendida sin parentesco</p> <p>Grupos similares a familias</p>	<p>Padre o madre son hijos, más otras personas sin parentesco.</p> <p>Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos,</p>

		personas que viven en hospicios o asilos, etc.
Referencia: Ordóñez Azuara, Y., Gutiérrez Herrera, R. F., Méndez Espinoza, E., Alvarez Villalobos, N. A., López Mata, D., & de la Cruz de la Cruz, C. (2020). Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. <i>Atencion primaria</i> , 52(10), 680–689. <a href="https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011">https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011</a>		