

11222



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SISTEMA NACIONAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**Síndrome de Maltrato
en el Niño
con Discapacidad**

23

74139

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION

P R E S E N T A:

DRA. BELINDA ROJAS GALINDO



ASESORES DE TESIS: DR. RICARDO CAMACHO SANCIPRIAN
DRA. CECILIA RUIZ LOZANO

MEXICO, D. F.

2000



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.

DIF

**Síndrome de Maltrato
en el Niño
con Discapacidad**

SEDE INSTITUCIONAL:

Desarrollo Integral para la Familia
DIF Nacional
Mèxico D.F.

SEDE DE INVESTIGACION:

Desarrollo Integral para la Familia
CREE XALAPA
VERACRUZ.

ASESORES:

**DR. RICARDO CAMACHO SANCIPRIAN.
DIRECTOR DE REHABILITACION Y ASISTENCIA
SOCIAL.
DIF NACIONAL MEXICO**

**DRA. CECILIA RUÍZ LOZANO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN.
DIF NACIONAL MEXICO**

**DRA.BELINDA
ROJAS GALINDO.**

**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION.**

**D.I.F. NACIONAL
MÉXICO**

1996-2000

DEDICATORIA:

A mis padres Juan Francisco y María Elena quienes gracias a su sabio consejo soy lo que me han impulsado a ser a pesar de las adversidades que nos hemos encontrado en el camino. Gracias por darme su vida y esfuerzo.

A mi esposo Luis Y a Oscar mi hijo por haber tomado su tiempo, y apoyarme a terminar la especialidad, me comprometo a recuperarlo.

A mi hermano Juan Carlos y su familia quienes admiro por haber cumplido sus metas.

Por último deseo que el nuevo ser dentro de mi nazca en un seno familiar lleno de amor y comprensión como en el que he vivido yo.

BELINDA.

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Ricardo Camacho Sanciprian por aceptar dirigir el final de mi especialidad.

A la Dra. Cecilia Ruiz por creer en mi y por ser un gran ser humano y dar un consejo cuando fue necesario.

A mis maestros por formarme como especialista:

Dra. Griselda del Valle

Dra. Virginia Rico

Dr. Enrique Ortiz

Dra. Socorro Martínez

Dra. Carmen Ríos

Dr. José Luis Hernández

Dra. Laura Conchas

Dra. Betty Coutiño

Dra. Ma de la Luz Montes

A la Dra. Guadalupe Taboada a quien respeto y quiero como mi mejor amiga.

Y en especial a la Institución a la que pertenezco poniendo en práctica a servir a la sociedad y personas con discapacidad.

BELINDA.

INDICE:

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

OBJETIVO

HIPOTESIS

DISEÑO

MATERIAL Y METODOS

CRITERIOS INCLUSION

CRITERIOS EXCLUSION

CRONOGRAMA

RECURSOS HUMANOS

VALIDACIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

RESULTADOS

GRAFICAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

APENDICE

INTRODUCCIÓN:

El maltrato de menores ha sido un problema que ha existido en todas las épocas, civilizaciones, o pueblos ⁽¹⁾.

El síndrome de maltrato derivó su descriptivo nombre de la naturaleza de las heridas del pequeño en las que generalmente figuran: abrasiones, contusiones, mordiscos, hematomas, daño cerebral, herida corporal profunda, a menudo con costillas fracturadas, articulaciones luxadas, quemaduras, etc. ⁽²⁾. Por lo que esta investigación será solo el principio para obtener información fehaciente acerca de niños con discapacidad que presentan síndrome de maltrato, ya que en México, a la fecha, no es posible señalar cifras exactas de este síndrome en niños con discapacidad, por lo que las autoridades se ven en la necesidad de profundizar la investigación en donde todo niño que sufre traumatismo puede ser un menor maltratado, ya que en muchos casos esta situación permanece en el anonimato y no son denunciados oportunamente y con la frecuencia deseada. ⁽³⁾

Estos actos se cometen en forma silenciosa tanto en el hogar como en la calle y la escuela se cuenta en ocasiones con la complicidad social para realizarlos. De acuerdo a esto, la violencia consiste en "producir a otra persona la sensación deliberada de amenaza física y/o psicológica." ⁽⁴⁾

Considerando que la violencia de los menores es un fenómeno social que se da principalmente por personas responsables del menor, se han realizado una serie de esfuerzos por parte de instituciones públicas y privadas, para asistir y concientizar a las familias, con el objeto de erradicar los hábitos de violencia en contra de los menores.

Tal es el caso de las acciones que lleva a cabo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, quien busca el bienestar físico y mental del niño, los ancianos y personas con discapacidad, en estado de abandono y sin recursos, y así mismo prestar atención servicios médicos, orientación social y asistencia jurídica a dicha población. ⁽³⁾

En forma endémica existe una violencia no abierta y manifiesta en gran cantidad de individuos que por la condición de estatus social, vulnerabilidad e indefensión, son objetos de la violencia interpersonal, intrafamiliar o socialmente "aceptable." Esta forma no tiene nada que ver con el asalto violento de las pandillas o la agresión nacional que constituyen la plaga del mundo, sino que representa una forma de manejar los problemas interpersonales, que se expresen contra los sujetos con una estructura "yoica" hábil y que son los más débiles de la sociedad: los niños, las mujeres, las personas con discapacidad, las minorías y los inmigrantes (E. Walt en Freedman, 1967). ⁽⁴⁾

A pesar de que la violencia en niños con discapacidad al momento no es práctica social valorada, aún cuando se han emprendido acciones para erradicarla continua subsistiendo y manifestándose bajo nuevas circunstancias.⁽⁵⁾

ANTECEDENTES:

Las historias de niños maltratados y asesinados por sus padres abundan en el mito, la leyenda y la literatura. En la biblia se desarrolla un tema de abuso y asesinato del niño. En la actualidad existen países en los que los niños son abandonados al nacer porque la familia tiene ya demasiadas bocas que alimentar, porque la tierra o el hogar no pueden mantener más vidas, porque el niño presenta algún defecto, porque no era deseado, o porque su llegada interfiere con el estilo de vida existente. Hay así mismo, países en los que los niños son mutilados por una variedad de razones, deliberadamente lisiados para convertirlo en un mendigo más productivo ⁽⁶⁾.

Durante los últimos años del siglo XIX y entrado el XX, niños de corta edad, que empiezan a dar sus primeros pasos, estuvieron siendo llevados a los hospitales por padres que relataban extraños accidentes para explicar las múltiples heridas que marcaban los cuerpos de sus hijos. Los niños estaban "predispuesto a los accidentes" (expresión utilizada por los médicos y explotada por los padres abusivos): se caían de las sillas, se resbalaban con las alfombras, tropezaban y se golpeaban en la cabeza, se apoyaban en las hornillas calientes, rodaban por los escalones, sus piernas quedaban atrapadas entre los barrotes de la cuna, o pinchados y golpeados por el vecino de al lado ⁽⁴⁾.

El síndrome de maltrato en el menor, fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrois Tardieu ⁽¹⁶⁾. El Dr. Kempe creó un término para describir su diagnóstico de la condición de los niños (síndrome de maltrato) ⁽⁴⁾.

El síndrome del niño golpeado, incluye no solo daño físico sino también otros varios rasgos. Primero, el niño tiene usualmente menos de tres años de edad. Segundo, la violencia contra él es casi siempre un acto persistente o recurrente, más bien que aislado. Tercero, el maltrato es cometido por el padre o la madre, por ambos (por lo general uno mientras el otro es testigo pasivo), o por un cuidador, como el padrastro, el amante de la madre, el padre adoptivo, un hermano mayor, o una niñera. Cuarto, los perpetradores a menudo no informan los daños, o solo lo hacen cuando son presas del pánico ante la extensión de las heridas y la posible acción policiaca si el niño llegará a morir. Quinto, los padres pretenderán casi invariablemente, ignorar la forma en que hayan podido producirse las lesiones y ofrecerán alguna absurda explicación de las mismas ⁽⁴⁾.

En la revisión de varios estudios, que en ocasiones emplean indistintamente los términos de abuso, victimización o violencia contra menores, se desprende que, por maltrato infantil, debe entenderse todo acto u omisión capaz de producir daños físicos y/o emocionales y que es cometido de manera intencional contra un menor de edad que, para los términos de nuestra ley, se sitúa en el límite de los 18 años.

La agresión y la violencia son empleadas por todos nosotros a nivel inconsciente y/o consciente. Podemos situar a la agresión en tres niveles: 1.-Para sobrevivir, como una forma de autoconservación; 2.-Reactiva, ante la provocación y 3.-Destructiva, que viene de la pulsión de muerte. La agresión como tal no implica destrucción, pues es necesaria para vivir. Como ejemplo está el anuncio del periódico: "se solicita persona dinámica y agresiva para el departamento de ventas". En este sentido la violencia difiere de la agresividad en que se trata de un acto motor en relación con estado mental alterado, en el que debe considerarse a la violencia como un síntoma que tiene un tiempo de inicio y de fin, que puede ser de diferente magnitud y que puede clasificarse en relación a la severidad de las lesiones o el intento de lesiones producida.⁽⁴⁾

Estos fenómenos ocurren en situaciones extraordinarias en la mayoría de las familias o sociedades, pero pueden ser frecuentes en algunas comunidades y grupos familiares. Existen muchos detonadores de la violencia de tipo orgánico, los síndromes cerebrales agudos, la intoxicación alcohólica o por drogas.⁽⁴⁾

Es de fundamental importancia considerar por tanto a la familia (célula básica de la sociedad, reducto de amor incompatible con agresión y el uso de la fuerza) como elemento esencial de la sociedad.⁽⁷⁾

Debemos admitir que, así como la familia es el agente socializador básico al mismo tiempo y en muchos casos constituye una escuela de violencia. Creemos que es relevante lograr una dinámica familiar exenta de hostilidad, en primer término, como un modo de impulsar disminución en los niveles de violencia, en segundo lugar, porque es derecho de los ciudadanos la integridad corporal, física y psíquica, en la vida cotidiana familiar.⁽¹⁰⁾

El Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) llevó a cabo el Censo de Población y Vivienda 1995 a finales de este año. A sólo 50 semanas de terminada la recolección de la información en todos los hogares del país, en diciembre de 1996 se pusieron a disposición de la sociedad mexicana los resultados básicos de este importante proyecto nacional. Adelantándose a las recomendaciones estadísticas internacionales emitidas por las Naciones Unidas, en el sentido de incorporar, por primera vez en los censos del año 2000, temas relacionados a personas con discapacidad, México a través del Censo de Población y vivienda 1995 ya incluyó tales variables. Así se obtuvo información del número de personas con discapacidad en los hogares del país, es decir residentes que de acuerdo a la percepción que la población tiene de este problema, manifestaron padecer alguna alteración funcional, física o mental, así como el número de hogares donde al menos uno de sus miembros presenta una discapacidad. De esta forma, el INEGI ofrece los siguientes resultados relativos a la población identificada en este evento. Cerca del 10% de los hogares del país cuenta con al menos una persona con discapacidad; es decir, de los 19.8 millones de hogares en la república mexicana, 1.9 millones habita al menos una persona con discapacidad. Otra información resultado del Censo de Población y Vivienda es la relativa a los servicios con los que cuentan las viviendas en las que habitan

personas con discapacidad. Este conjunto de información permite dimensionar no sólo el universo de población que expresa alguna discapacidad y acercarse a su tipo de enfermedad, sino que también, posibilita comprender mejor las características socioeconómicas que la rodean.⁽⁸⁾

Por resolución de la Organización De Naciones Unidas se aprueba el Programa Mundial de Acciones para Personas con Discapacidad, adoptando un esquema de acción de las consecuencias de enfermedades y traumatismos que provocan discapacidad (es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano). Así, la resolución de la ONU, estructura medidas de acción en relación a prevención (medidas encaminadas a impedir que se produzcan discapacidades físicas y mentales) y rehabilitación (proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia o discapacidad alcance un nivel físico, mental y/o social, funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida). La idea de prevención que maneja el programa de Acción Mundial incluye dos fases de actuación: la anterior a la aparición de la discapacidad y la posterior a ella.⁽⁹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La violencia contra el menor con discapacidad se caracteriza por su invisibilidad, de ahí que esta investigación plantea cuales son las formas, características, condiciones de riesgo personal y social en las que se presenta la violencia en contra del menor con discapacidad.

¿Será que un niño con discapacidad presenta mayor síndrome de maltrato que un niño sano dentro de la estructura familiar?

JUSTIFICACION:

A nivel nacional, la población con discapacidad alcanza la cifra de 2.1 millones que significa 2.3% de la población total (INEGI, México, D.F.). De acuerdo al tipo de discapacidad la asociada a problemas auditivos es la más frecuente pues el 30% de las personas con discapacidad la padecen; con dificultades neuromotoras que representa un poco más del 23%, la misma proporción en aquellos que presentan deficiencia del lenguaje, y asociadas al sentido de la vista y cerebro es un 14% del total de las personas con discapacidad.

Por lo que este estudio se crea con la necesidad de encontrar bibliografía que hable acerca de síndrome de maltrato en niños con discapacidad la cuál es extremadamente escasa, así como cifras aproximadas de este síndrome como las que existen para niños sanos. Y apoyar futuros estudios que despierten interés para incorporar medidas de prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento en los diferentes sectores familiar, escolar, laboral.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si en el seno familiar el fenómeno de síndrome de maltrato físico o psicológico se presenta con mayor frecuencia en niños con discapacidad o entre niños sanos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- **Discriminar si en los niños con discapacidad ó en niños sanos se presenta con mayor frecuencia síndrome de maltrato.**
- **Jerarquizar en que tipo de discapacidad se presenta con mayor frecuencia síndrome de maltrato.**
- **Despejar el nivel educacional del padre o la madre como origen de síndrome de maltrato.**
- **Mostrar si el nivel socioeconómico de la familia es fenómeno predisponente de síndrome de maltrato.**
- **Reconocer la frecuencia con la que se impone castigo físico o psicológico.**

HIPOTESIS

Hipótesis de Certeza:

Los niños con discapacidad presentan más síndrome de maltrato que los niños sanos.

$H_c = M_1 > M_2$

Hipótesis Alterna:

Los niños con discapacidad presentan igual síndrome de maltrato que los niños sanos.

$H_a = M_1 = M_2$

DISEÑO:

- ❑ COMPARATIVO.
- ❑ ABIERTO.
- ❑ OBSERVACIONAL.
- ❑ PROSPECTIVO.
- ❑ TRANSVERSAL.

MATERIAL:

- Cuestionario de Grosman-Mesterman.
- Material de oficina.
- Computadora Compaq Presario 5070
 - Monitor de 15" MV500. Windows 98. 32 Mb en RAM.
- Impresora Canon BJC 1000.
- 19 Bibliografías.

METODOLOGÍA:

Este estudio se realizó en un período de un año de Enero de 99 a Enero del 2000, consultando 19 bibliografías relacionadas al síndrome de maltrato físico y psicológico, para obtener información sobre si este fenómeno se presenta más en niños sanos o en niños con discapacidad. Aplicándolo como investigación piloto en la Ciudad de Jalapa Veracruz, utilizando un cuestionario previamente comprobado por Grosman-Mesterman, el cual tiene la finalidad de identificar el origen, frecuencia, nivel socioeconómico y educacional de síndrome de maltrato en menores.

El cuestionario se aplicará a padres de familia de niños con discapacidad y niños sanos; es cerrado y cuenta con datos generales, nivel escolar, estado civil, salario del padre; y datos del menor como edad, genero, y si existe o no discapacidad.

Se elaboró un oficio a Directores de cinco Escuelas de Educación Especial (Públicas y Privadas) solicitando un listado de alumnos con discapacidad que acuden a ellas. Los nombres de las Escuelas son: Escuela de Educación Especial No 6, Escuela de Educación Especial No 16, Escuela de Educación especial No 28 de Audición y Lenguaje, Escuela Alejandro Meza, Escuela Roberto Solís Quiroga e instituto Down.

Así como también se elaboró un oficio para aplicar dicho cuestionario explicando la razón de la investigación en una Escuela regular Díaz Mirón. Dicho cuestionario fue aplicado en las escuelas a padres de familia con previa aprobación de los mismos, de niños sanos y niños con discapacidad, recordándoles la fecha de aplicación en 3 ocasiones; para la veracidad de las respuestas se utilizó un encabezado al inicio del cuestionario, mencionando que dicha aplicación del cuestionario sería con fines de investigación, y que toda la información será estrictamente confidencial para próximos estudios, relacionados con el tema de maltrato físico o psicológico en el menor y beneficio y mejora de la calidad de vida de niños con discapacidad. Se tomará una muestra de niños con discapacidad y una similar de niños sanos. El método empleado será estadística descriptiva y se utilizará escala nominal, y se graficará en barras y pastel. Los datos serán procesados en computadora.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que presentan discapacidad Neuromotora (Mielomeningocele y Parálisis Cerebral infantil); discapacidad intelectual (Trisomía 21); discapacidad Visual (Ciegos); discapacidad auditiva (Problemas de Lenguaje y Auditivos).**
- Padres de niños con discapacidad.**
- Padres de niños sanos..**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padres de niños sanos o con discapacidad que no acepten participar en el cuestionario.**
- Padres de niños sanos o con discapacidad que abandonen el estudio.**

CRONOGRAMA:

Actividad	Mes													
	1999												2000	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Titulo	■	■												
Bibliografía	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Planteamiento del problema	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Introducción						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Antecedentes						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Justificación						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Hipótesis						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Validación de datos						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Resultados						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consideraciones éticas						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Recursos						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación final cierre de cursos						■	■	■	■	■	■	■	■	■

RECURSOS HUMANOS:

- DOS ASESORES.
- UN MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MÉDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
- UN LICENCIADO EN ESTADÍSTICA.
- UN LICENCIADO EN INFORMÁTICA.

VALIDACION DE DATOS:

Se realizó un censo a cinco Escuelas Públicas y Privadas de Educación Especial, utilizando como instrumento un cuestionario con 12 preguntas a un universo de población detectado en los listados previamente solicitados a los directores de las escuelas, cuya cantidad era de 115 niños con discapacidad, siendo estas de tipo neuromotora (Mielomeningocele y Parálisis Cerebral Infantil), de Audición y Lenguaje(Sordos), Intellectual (Trisomía 21), y Visual(Ciegos).

Las preguntas utilizadas son de categoría nominal y ordinal, dichas preguntas fueron previamente aceptadas voluntariamente por solo 40 padres de Familia de niños con discapacidad, de los cuales 6 comentaron que no tenían tiempo de contestar dicho cuestionario, y 4 abandonaron el cuestionario al momento de estarse realizando, pues les molesto el tipo de preguntas. Por lo que únicamente se aplica el cuestionario a 30 padres de familia en una aula de una de las escuelas, donde se les cito previamente. Cabe resaltar que se tomo una muestra de padres de familia con niños sanos en una escuela regular correspondiente al mismo tamaño que el de padres de niños con discapacidad. Debe señalarse que fueron tomados aleatoriamente padres de niños de 1-13 años, y de 3-4 padres de familia por salón

El método utilizado fue Estadística descriptiva y comparativa, utilizando como variables dependientes niños sanos y niños con discapacidad y variables independientes nivel socioeconómico, educacional y frecuencias de castigo y tipo de castigo físico o psicológico; y los resultados serán graficados en gráficas de barras y pastel. Para determinar el nivel socioeconómico se contó con la ayuda de una Técnica en Servicio Social del C.R.E.E. Xalapa donde se utilizó el método de Kisnerman donde determina el ingreso percapita familiar, lo anterior tomado en base a l utilizado para clasificar el nivel de condición económicas: paupérrimas, bajo, medio- bajo, medio-medio, y medio alto cuyas cantidades son \$0,-750,\$751-1500,\$1501-3000,\$3001-6000.



"CUESTIONARIO A PADRES DE FAMILIA SOBRE LA EDUCACION DEL NIÑO SANO Y/O CON DISCAPACIDAD"

ESTE ESTUDIO SE LLEVA A CABO CON EL FIN DE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE MALTRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO EN EL NIÑO SANO Y/O CON DISCAPACIDAD. TODA LA INFORMACIÓN SERÁ ESTRCTAMENTE CONFIDENCIAL PARA FUTUROS ESTUDIOS EN BENEFICIO DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD. AGRADEZCO DE ANTEMANO SU APOYO Y LA SINCERIDAD DE SUS RESPUESTAS.

FECHA: _____

DATOS GENERALES DEL PADRE:

- 1.- GENERO
 MASCULINO () FEMENINO ()
- 2.- ESTADO CIVIL:
 Soltero () Casado ()
 Separado/Divorciado () Unión libre ()
 Viudo ()
- 3.- HONORARIOS
 0 A 750 () 750 A 1500 ()
 1500 A 3000 () 3000 A 6000 ()
- 4.- ESCOLARIDAD:
 Ninguna () Primaria ()
 Secundaria () Preparatoria ()
 Universidad () Comercial o Técnica ()

5.- CUÁNTOS HIJOS TIENE: _____

DATOS GENERALES DEL MENOR CON DISCAPACIDAD Y/O SANO:

EDAD: -1 () 1 A 4 () 5 A 11 () 12 A 18 ()
 GENERO: MASCULINO () FEMENINO ()
 TIPO DE DISCAPACIDAD: _____

6.- ESTOY DE ACUERDO CON PEGARLE A LOS NIÑOS

SI () NO ()

7.-USTED EDUCA A SU HIJO:

Hablándole ()
 Grita ()
 Retándolo ()
 Prohibiéndolo ()
 Platicándole ()
 Pegándole ()

8.-USTED OPINA QUE UN CASTIGO EDUCA:

SI () NO ()

9.-CUANDO DOY CASTIGO A MI HIJO ES POR:

Me saca de mis casillas ()
 Cuando me agrede ()
 Cuando se pone caprichoso ()
 Después de hablarle ()
 Cuando no obedece ()
 Cuando hay peligro para él o ella ()
 Otras ()

Especifique: _____

10.-LA CAUSA MAS FRECUENTE PARA UN CASTIGO ES:

Caprichoso ()
 Pelea con hermanos ()
 Poco sociable ()

11.-PARA CORREGIR A SU HIJO USTED:

No pega nunca ()
 Pega a veces ()
 Pega constantemente ()

12.-USTED IMPONE COMO CASTIGO:

Jalón de orejas ()
 Jalón de cabello ()
 Paliza ()
 Cachetada ()
 Zape ()
 Sacudón ()
 Coscorrón ()
 Palmadita ()
 Pega con cinturón ()
 Pellízco ()
 Ninguno ()
 Regaño verbal ()

Gracias

RESULTADOS:

De lo obtenido en el estudio acerca del síndrome de maltrato físico y/o psicológico en niños con discapacidad en comparación con niños sanos podemos describir lo siguiente:

DATOS GENERALES DEL PADRE DE FAMILIA:

- Acerca del estado civil de los padres de niños con discapacidad observamos que existe un 47% que son casados, un 23% que es Separado/Divorciado, en igual porcentaje de 10% Viudo, Unión Libre, y soltero y en los padres de niños sanos el 83% son casados; y los padres de niños sanos el 83% son casados. Gráfica 1A-1B
- El nivel socioeconómico que se determinó para los padres de niños con discapacidad la mayor frecuencia es de nivel bajo en un 40%, seguido de nivel medio-medio que representa un 30% y el medio-medio en 17%, y solo un 13% de nivel alto; y en padres de niños sanos fue de 60% para el nivel alto, seguido de medio-medio en un 30% y solo un 3% de nivel medio bajo. Gráfica 2A-2B
- Se hace notar que en padres de niños sanos el porcentaje de preparación es elevado es decir la mayoría es universitario, en comparación con los padres de niños con discapacidad donde predomina el nivel básico como lo es la primaria. Gráfica 3.

DISCAPACIDAD:

- Que la mayor discapacidad que se presenta en estas cinco escuelas públicas y privadas de Educación Especial la discapacidad Intelectual (Síndrome de Down) como la de Audición y Lenguaje (Sordos) se presenta en un 27% del total de la población estudiada siguiendo la discapacidad Visual (Ciegos) en un 23%; continuando con discapacidad Neuromotora (Parálisis Cerebral Infantil) en un 19% y por último la discapacidad Neuromotora (Mielomeningocele) en un 4%. Gráfica 4.

CUESTIONARIO:

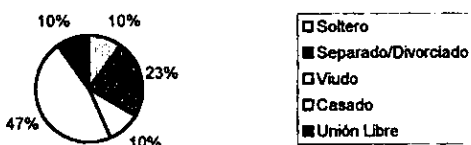
- En relación a la pregunta No 6 que se refiere a si estaban de acuerdo en pegarle a los niños, los padres de niños con discapacidad contestaron en un 45% están de acuerdo, y 55% que no lo está; a diferencia de los padres de niños sanos que el 100% contestó que si es necesario pegarle a manera de corrección.. Gráfica 5.
- En cuanto a la pregunta No 7¿Cómo educa usted a su hijo? Los padres de niños con discapacidad respondieron en un 23% que hablándoles, en caso de niños con discapacidad de Audición y Lenguaje (sordos)

- mencionaron en las encuestas hablando a señas, 20% gritándoles, 75% retándoles, 20% prohibiéndoles, el 30% platicándoles, pero 0% pegándoles; en comparación con los padres de niños sanos un 33% hablándoles, un 47% prohibiéndole un 13% platicándole, y un 7% pegándole.. Gráfica 6.
- En la pregunta 9 la respuesta en cuanto a porque dan un castigo al hijo los padres de niños con discapacidad el mayor porcentaje fue porque no obedece en un 30% le sigue cuando hay peligro para él o ella, a continuación porque lo sacan de sus casillas y en un 7% las 3 restantes En comparación con los padres de niños sanos el mayor porcentaje es para cuando lo agreden en un 27%, le sigue el que no obedece en un 23%, y en igual proporción en un 17% cuando lo saca de sus casillas, después de hablarle cuando hay peligro para él o ella. Gráfica 7
- En cuanto a la pregunta No 10 ¿cuál es la causa más frecuente para un castigo? como contestación de los padres de niños con discapacidad fue en igual proporción 40% por ser caprichoso y por pelear con sus hermanos, en comparación con los padres de niños sanos donde el 83% contestó por ser caprichoso, un 10% por pelear con hermanos y un 7% por ser poco sociable. Gráfica 8.
- Por último y con respecto a cual es el castigo más frecuente impuesto por los padres físico y/o psicológico a niños sanos jalón de orejas con mayor frecuencia, y en los niños con discapacidad no reciben ninguno. Gráfica 9.

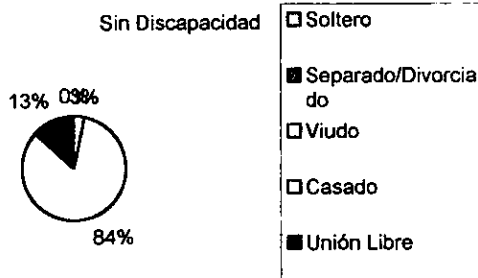
Comparación gráfica del Estado Civil de los Padres de niños con discapacidad y sin discapacidad.

Estado Civil	Con Discapacidad		Sin Discapacidad	
	Fr.	%	Fr.	%
Soltero	3	10%	-	0%
Separado/Divorciado	7	23%	-	0%
Viudo	3	10%	1	3%
Casado	14	47%	25	83%
Unión Libre	3	10%	4	13%
Total	30	100%	30	100%

Con Discapacidad



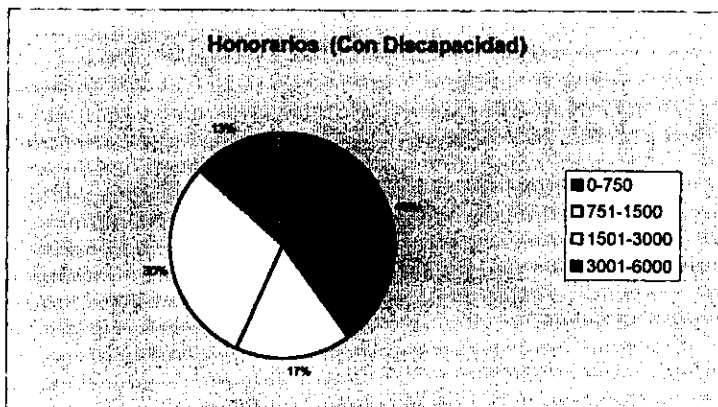
Gráfica 1A



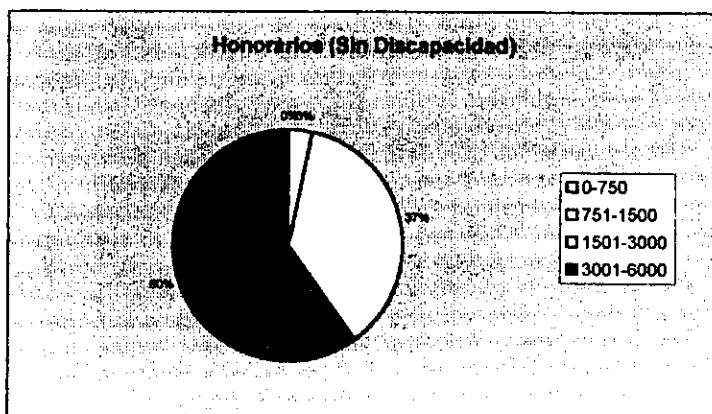
Gráfica 1B

Comparación gráfica del honorarios de los Padres de niños con discapacidad y sin discapacidad.

Honorarios	Con Discapacidad		Sin Discapacidad	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0-750	12	40%	-	0%
751-1500	5	17%	1	3%
1501-3000	9	30%	11	37%
3001-6000	4	13%	18	60%
Total	30	100%	30	100%



Gráfica 2A

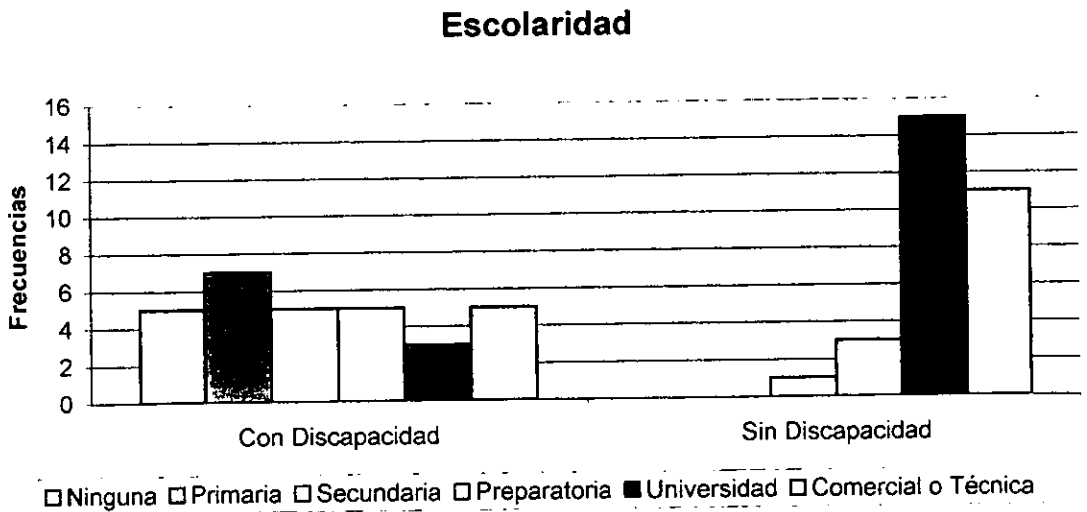


Gráfica 2B

Datos Generales

Comparación gráfica del nivel escolar de los Padres de niños con discapacidad y sin discapacidad.

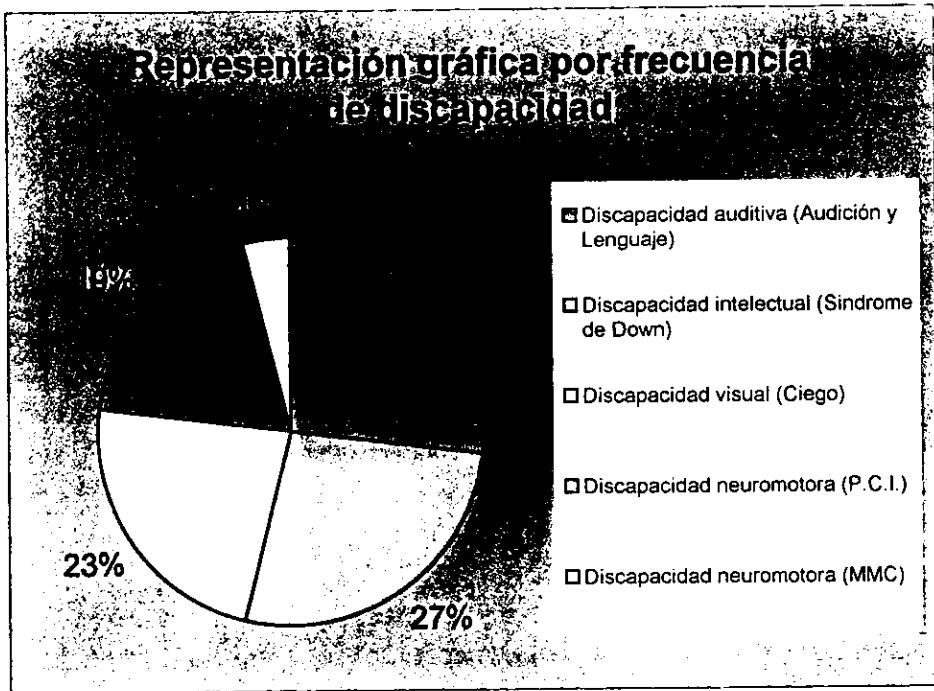
	Escolaridad	Con Discapacidad	Sin Discapacidad
	Ninguna	5	-
	Primaria	7	-
	Secundaria	5	1
	Preparatoria	5	3
	Universidad	3	15
	Comercial o Técnica	5	11
		30	30



Gráfica 3

Tabla representativa
por frecuencia de discapacidad

No.	DISCAPACIDADES	FRECUENCIA	%
1	Discapacidad auditiva (Audición y Lenguaje)	7	27%
2	Discapacidad intelectual (Síndrome de Down)	7	27%
3	Discapacidad visual (Ciego)	6	23%
4	Discapacidad neuromotora (P.C.I.)	5	19%
5	Discapacidad neuromotora (MMC)	1	4%
Total		26	100%



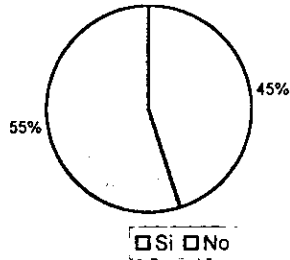
Gráfica 4

¿Esta usted de acuerdo en pegarle a los niños?

	Si	No	Total
Padres de niños con discapacidad	45%	55%	100%
Padres de niños sanos	100%	0%	100%

¿Esta usted de acuerdo en pegarle a los niños?

Con respecto a la respuesta de padres de niños con discapacidad

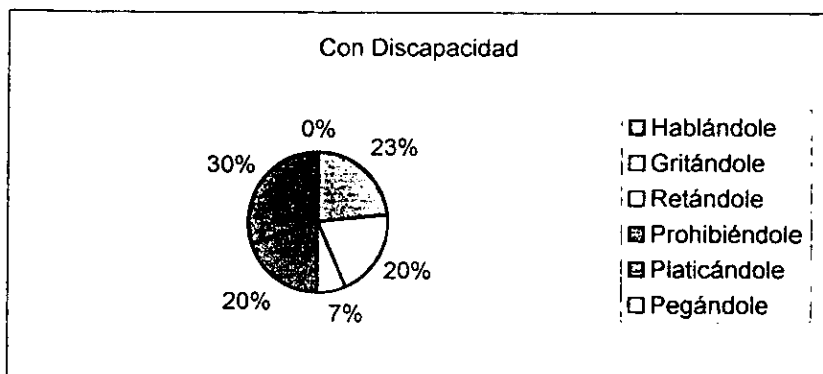


Gráfica 5

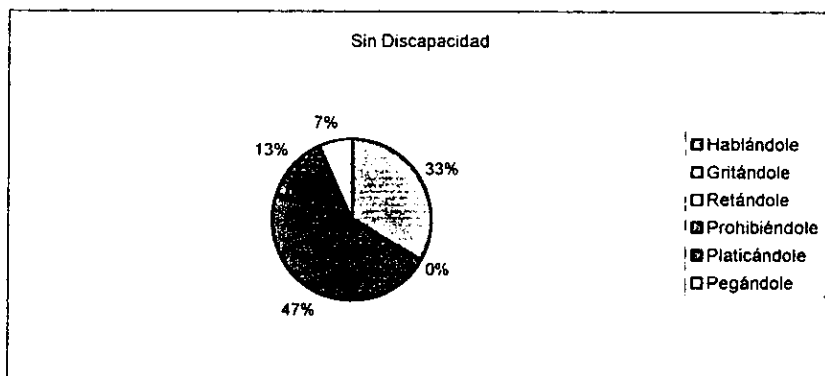
Pregunta No. 7:

¿Cómo educa usted a su hijo?

	Con Discapacidad		Sin Discapacidad	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Hablándole	7	23%	10	33%
Gritándole	6	20%	-	0%
Retándole	2	7%	-	0%
Prohibiéndole	6	20%	14	47%
Platicándole	9	30%	4	13%
Pegándole	0	0%	2	7%
	30	100%	30	100%



Gráfica 6A

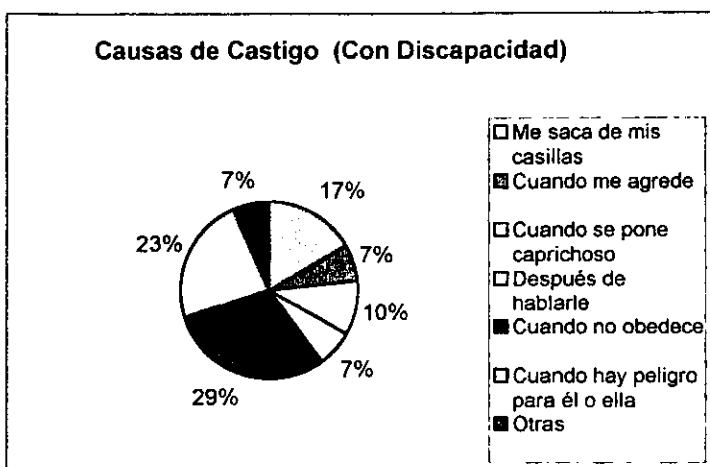


Gráfica 6B

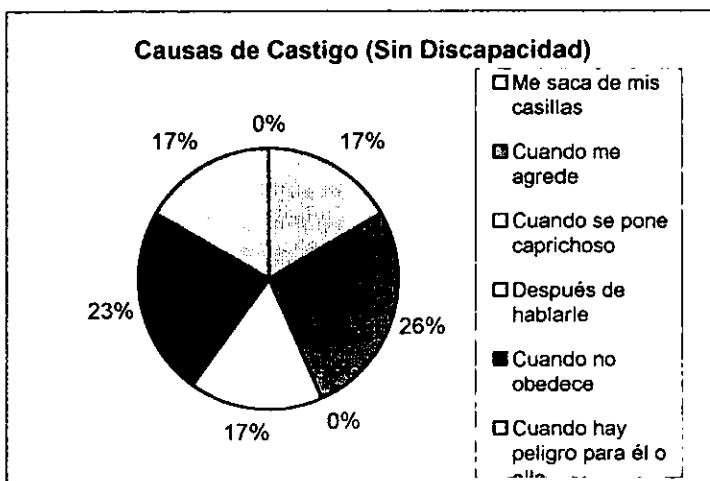
Pregunta No. 9:

Cuando doy castigo a mi hijo es por:

Causas	Con Discapacidad		Sin Discapacidad	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Me saca de mis casillas	5	17%	5	17%
Cuando me agrede	2	7%	8	27%
Cuando se pone caprichoso	3	10%	-	0%
Después de hablarle	2	7%	5	17%
Cuando no obedece	9	30%	7	23%
Cuando hay peligro para él o ella	7	23%	5	17%
Otras	2	7%	-	0%
	30	100%	30	100%



Gráfica 7A

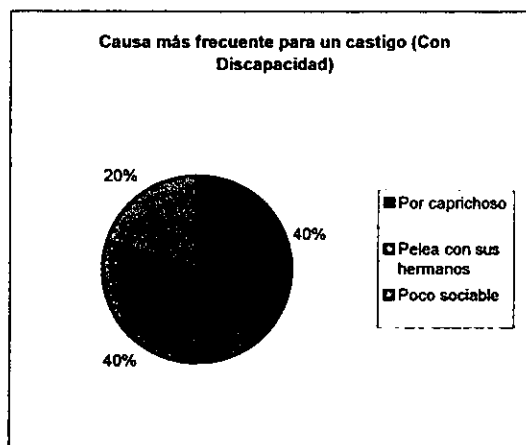


Gráfica 7B

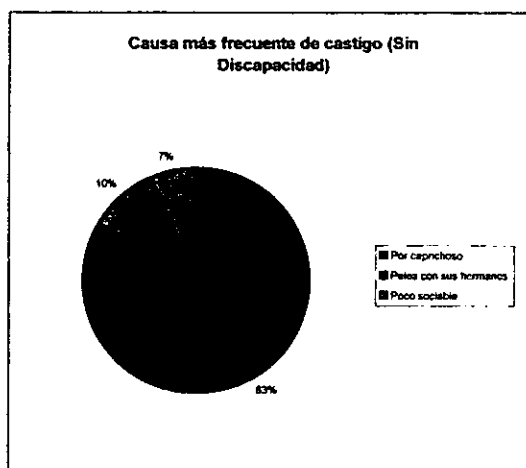
Pregunta No. 10:

La causa más frecuente para un castigo es:

	Con Discapacidad		Sin Discapacidad	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Por caprichoso	12	40%	25	83%
Pelea con sus hermanos	12	40%	3	10%
Poco sociable	6	20%	2	7%
	30	100%	30	100%



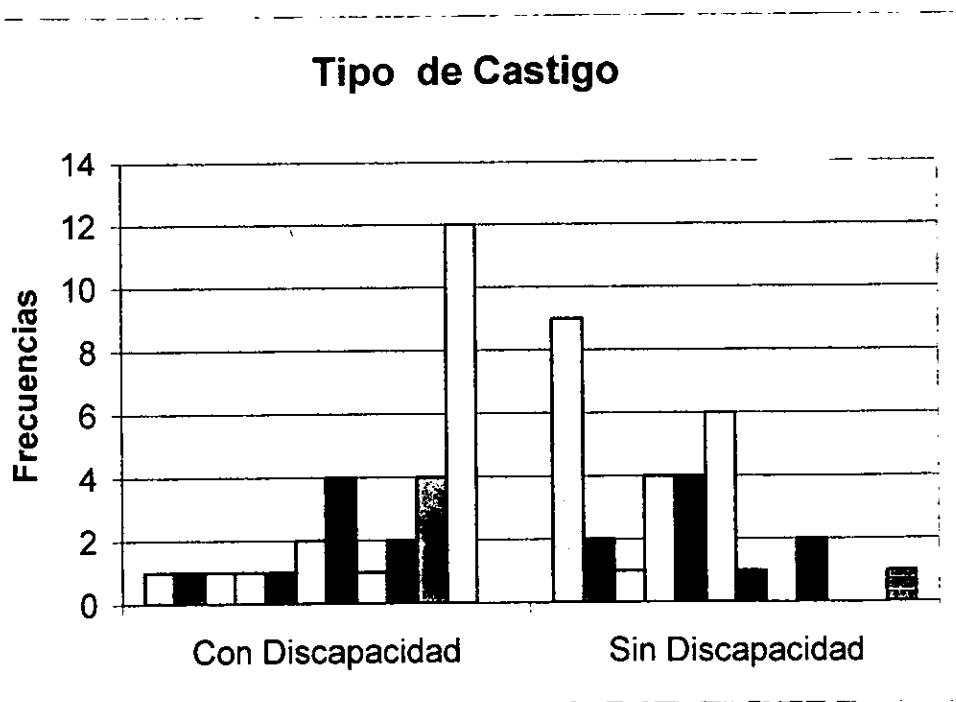
Gráfica 8A



Gráfica 8B

Gráfica representativa de frecuencia por tipo de castigo

Tipo de castigo	Con Discapacidad	Sin Discapacidad
Jalón de orejas	1	9
Jalón de cabello	1	2
Paliza	1	1
Cachetada	1	4
Zape	1	4
Sacudón	2	6
Coscorrón	4	1
Palmadita	1	-
Pega con cinturón	2	2
Pelizco	4	-
Ninguno	12	-
Regaño verbal	-	1
Total	30	30



Gráfica 9

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

Aunque este estudio pretendía hacer resaltar que es más frecuente el síndrome de maltrato en niños con discapacidad en comparación con niños sanos, concluimos que:

DATOS GENERALES DEL PADRE DE FAMILIA:

En el estado civil de los padres de niños con discapacidad debe existir algún factor que condicione una mayor disfunción familiar ya que no existe un predominio de estado civil, como existe en padres de niños sanos quienes presentan un alto porcentaje de núcleo familiar integrado es decir son casados. Esto puede deberse a que un niño que nace con discapacidad puede dar origen a desintegración familiar. Y por otra parte los casos de viudez fueron porque en el momento del parto la madre falleció.

A pesar de que los padres de niños con discapacidad perciben honorarios de nivel socioeconómico bajo se observa una gran disfunción familiar ya que la mayoría de padres de niños con discapacidad tienen diversos estados civiles en comparación con los padres de niños sanos que el 83% son casados. El nivel educacional demuestra que aunque existe una preparación de nivel alto como son estudios universitarios en los padres de niños sanos, se demuestra que los padres están de acuerdo en imponer un castigo físico o psicológico, en comparación con los padres de niños con discapacidad quienes aun con un nivel de preparación básico (primaria) no utilizan un maltrato físico y/o psicológico como "corrección" o "educación".

Lo anterior pudiera tener varias explicaciones: Primero como lo mencionamos en el inicio de este estudio, la discapacidad puede generar un estado de indefensión del menor por lo que los padres crean un ambiente de sobreprotección al niño con discapacidad, evitando al máximo un maltrato físico y/o psicológico al menor. Segundo, ya explicábamos que el síndrome de maltrato es un fenómeno con rasgos de invisibilidad y solo se da a conocer por la naturaleza de las lesiones, el padre puede ocultar presentar rasgos de producir o generar violencia en contra del menor, ya que la agresión se puede hacer presente en cualquiera de nosotros en cualquier tiempo. Tercero, según los diferentes tipos de discapacidad mencionados en el presente estudio, existe la posibilidad que el menor por su misma discapacidad no pueda manifestar o denunciarlo quedando en el anonimato.

DISCAPACIDAD:

En la estadística del INEGI reportan mayor frecuencia de presentación de discapacidad de Audición y lenguaje, definitivamente nosotros obtuvimos

que si, la discapacidad más frecuente es la de Audición y Lenguaje pero a la vez se determino que la discapacidad Intelectual se presenta en el mismo porcentaje, de entre la población de las cinco escuelas de Educación Especial Públicas y Privadas.

CUESTIONARIO:

En las preguntas siete, nueve, diez y doce los padres de niños sanos están de acuerdo en dar un golpe como educación o por ser caprichoso o porque el menor agrede al padre o la madre. En comparación con los padres de niños con discapacidad que prefieren hablarles a sus hijos como forma de educación, que en ocasiones solo manifiestan algún tipo de maltrato cuando hay peligro para él o ella o por ser caprichoso o pelear con hermanos.

Queda por concluir, que no existe ninguna escala de evaluación que determine cuantos parámetros o puedan determinar síndrome de maltrato y puede clasificarse como tal.

BIBLIOGRAFIA

1. **DIF - PREMAN: Análisis sistemático de los datos registrados de menores maltratados en el programa DIF PREMAN 1983-1996; Publicado por Dirección de Asistencia Jurídica; México: Pág. 12, 13.**
2. **Fontana J. Vicente; En Defensa del Niño Maltratado, Ed. Pax, Edición 6ª: Pág.14, 15, 76, 77, 83).**
3. **De la Madrid Paloma C: Informe Anual del Consejo Consultivo Para Las Acciones en Beneficio del Menor Maltratado; Noviembre 21 1985:Pág 17,23,24,31,32.**
4. **Mendizabal, Luisa Fernanda: La violencia hacia las personas con discapacidad. Instituto de Estudio de Posgrado en Psicoanálisis y Psicoterapia. Memorias del congreso nacional sobre maltrato al menor. DIF. UNICEF, PGR. Septiembre de 1995. México, D.F.**
5. **Shapiro Lawrence: La inteligencia Emocional de los niños, Ed Grupo Zeta; 2ª Impresión México 1997.**
6. **COVAC, UNICEF: Manual sobre Maltrato y Abuso Sexual a los Niños; México 1994-1995: Pág. 13, 14, 21, 25.**
7. **Encuentro Continental de Violencia Intrafamiliar, Ed Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Edición 1ª, México 1996: Pág. 7.**
8. **Manzanera Rodríguez L.: Victimología, Ed. Porrúa; México 1988.**
9. **Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Censo de población y vivienda 1995. Boletín informativo. México, D.F.; 19 de Mayo de 1997, No. 45, pág. 1-3.**
10. **Curso Sobre Prevención de Deficiencias, Documento 33/97; Edición 2ª Madrid 1992: Pág. 14, 15.**
11. **Grosman - Mesterman: Maltrato al menor (El lado oculto de la escena familiar), Ed Universidad; Buenos Aires 1992: Pág.19, 209-226, 341-346).**
12. **Intebi Irene V: Abuso Sexual Infantil en las Mejores Familias, Ed Granica; Buenos Aires 1998.**
13. **Erickson Erick H.: Infancia y Sociedad, Ed Lumen - Horme, Edición 12ª; Buenos Aires 1993.**

14. Sedesol, UNICEF, DIF: Voces en la Calle, Edición 1ª. México 1997.
15. DIF, UNICEF, PGJ DF: Memorias Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor; México 1995.
16. Bettelheim B., De La Fuente Juan R.: Fugitivos de la vida, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1976.
17. Loredó Abdalá A.: Maltrato al menor; Ed. Interamericana McGraw Hill; México 1994.
18. Grosman - Mesterman: Maltrato al Menor (El lado Oculto de la Escena Familiar), Ed Universidad; Edición 2ª; Buenos Aires 1998.
19. Perfil del mexicano. Comisión Nacional para el año Internacional del Niño. DIF. FONAPAS. 3/12/84.
20. Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor. DIF. UNICEF. PGJ. México, D.F. Noviembre 1995. Pág. 27-28-29.

APENDICE:

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	7
OBJETIVO	8
HIPOTESIS	9
DISEÑO	10
MATERIAL Y METODOS	11
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	12
CRONOGRAMA	13
RECURSOS HUMANOS	14
VALIDACION DE DATOS	15
CUESTIONARIO	16
RESULTADOS	18
GRAFICAS	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	31