



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PEDIATRIA**

**"DETERMINAR EL GRADO DE CONOCIMIENTOS Y APLICACIÓN DE LA
NORMA SOBRE MALTRATO INFANTIL EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL
PEDIATRICO MOCTEZUMA"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
EDUCATIVA
PRESENTA**

Dr. GAMALIEL SOTOMAYOR ZAVALA

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. LAURA LYDIA LOPEZ SOTOMAYOR

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

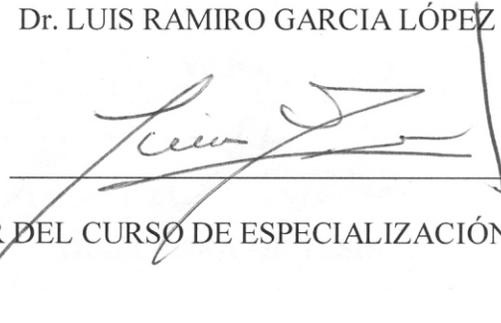
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

CONOCIMIENTOS SOBRE MALTRATO INFANTIL QUE CUENTA EL PERSONAL
DE SALUD DEL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA

Vo. Bo

Dr. LUIS RAMIRO GARCIA LÓPEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Ramiro Garcia Lopez', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA.

Vo.Bo

Dr. ANTONIO FRAGA MOURET

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CONOCIMIENTOS SOBRE MALTRATO INFANTIL QUE CUENTA EL HOSPITAL
PEDIATRICO MOCTEZUMA.

de ayuda

Por la amor de mi y apoyo incondicional
los tiempos difíciles.

Por la confianza en mi, gracias

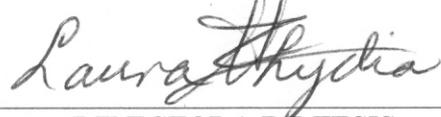
Por haberme apoyado sus hermosos hijos Andre y
Edu.

de padres

Por sus amor
me vida

Vo.Bo.

Laura Lydia Lopez Sotomayor



DIRECTORA DE TESIS.

DEDICATORIA.

A mi esposa:

Por tu amor, cariño y apoyo incondicionales
en los tiempos difíciles.

Por tu confianza en mí, gracias.

Por haberme dado dos hermosos hijos Indra y
Saúl.

A mis padres:

Por sus enseñanzas, valores y esfuerzo para construir
mi vida.

A mis hijos:

Por inspirarme a ser mejor cada día.

A mis maestros:

Por sus conocimientos invaluable, paciencia y dedicación.

ÍNDICE.

1.- INTRODUCCIÓN.....	Pág. 7-14
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 15-17
3.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág. 18
4.- RESULTADOS	Pág. 19-27
5.- DISCUSIÓN.....	Pág. 28-29
6.- CONCLUSION.....	Pág. 30
7.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	Pág. 31-33

ANEXOS.

RESUMEN.

OBJETIVO:

Evaluar los conocimientos sobre maltrato infantil en el personal de salud del "HOSPITAL PEDIÁTRICO MOCTEZUMA" de acuerdo a la norma sobre maltrato infantil de la "Secretaria de Salud del Distrito Federal" e identificar si el médico la aplica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal a través de la encuesta del censo del personal de salud (Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales y Psicólogos) a los que se les aplicó un cuestionario de 15 preguntas basadas en la "Norma para Maltrato Infantil de la Secretaria de Salud del Distrito Federal".

RESULTADOS:

Los resultados arrojados por el cuestionario demuestran que solo tienen conocimientos regulares sobre el tema (48% de la población) y el 30% no tiene conocimientos adecuados sobre esta problemática, juntos representan el 78% del personal entrevistado, este segmento de la población lo representan en su mayoría médicos y enfermeras quienes son los encargados de diagnosticar y evaluar al paciente. Solo el 20% de los entrevistados tiene conocimientos calificados como buenos y el 2% que corresponde a una sola persona de trabajo social obtuvo el nivel de excelente.

CONCLUSIÓN: No se conoce la guía de maltrato infantil, se tienen niveles bajos de conocimiento en el área de maltrato infantil, lo que hace necesario incrementar la difusión sobre esta problemática, concientizar sobre la importancia del tema, su diagnóstico, evaluación, y seguimiento, ya que de ello depende la vida de un niño y el evitar el círculo de su perpetuación a las generaciones siguientes.

PALABRAS CLAVE: Maltrato infantil, indicadores de maltrato, grupos vulnerables.

INTRODUCCIÓN.

De manera histórica la agresión al menor se ha justificado como un medio para educar, agrandar a los dioses en los rituales de cultos o imponer mano dura en disciplinar, con pretexto de formar una mejor sociedad.

De ello hay muestras en la literatura universal y en libros sagrados; desde los tiempos bíblicos, con el conocido episodio de Abraham y su hijo Isaac; los sacrificios a Moloc, donde se quemaban vivos a los infantes en las entrañas del ídolo o la aspiración de humo de chile quemado en la cultura azteca.¹

En las diferentes culturas se tienen antecedentes remotos encaminados a poner límites a los derechos de los padres que consideraban absolutos hacia sus hijos así como para regular el abuso sexual.

En el código de Hamurabi (2000 AC) existían sanciones hacia las nodrizas que dejaban morir a un lactante a su cargo.

Existen historias sobre los griegos y del asesinato del hijo que era considerado débil o con malformaciones, así como las culturas noruegas que inmediatamente después de nacer el neonato era sumergido en la nieve y si no resistía se consideraba débil e indigno de vivir.

Las matanzas perpetradas en las cruzadas por ambos bandos donde los niños eran asesinados o vendidos como esclavos.

En la edad media un niño dejaba de serlo al cumplir los 7 años a partir de esta edad ya no dependía más de sus padres o de las personas que le cuidaban, entrando a la vida adulta en cuanto a responsabilidades y costumbres se refieren (incluyendo consumo de alcohol, fiestas, etc.) Siendo este fenómeno más frecuente en las clases más marginadas.

Es hasta el siglo XVI Y XVII con el renacimiento y la ilustración que los conceptos de niñez y adolescencia empezaron a adquirir sentido. Pero es hasta fines del siglo XIX que en Francia, Nueva York y Londres que surgen asociaciones encargadas de defender al niño/niña.

El desamparo en que el menor se encontraba lo ejemplifica el caso de una niña de Nueva York en el año de 1874, conocida como Mary Ellen, la cual era cruelmente maltratada por sus padres adoptivos, lo que propicio un juicio por parte de sus vecinos para defenderla, sin embargo como no existía una institución encargada de defender al menor, fue representada por la sociedad protectora de animales. Siendo este caso motivo para que se formara "La sociedad para la defensa de los niños"

Pero las primeras descripciones que se tienen de manera científica son de Ambroise Tardieu en 1868 que por primera vez utiliza el término de “Síndrome de Niño Golpeado” de una descripción de 32 cadáveres de niños golpeados y quemados.

En 1928 se emite la “Declaración Universal de los Derechos del Niño” Por la “Organización de las Naciones Unidas” (ONU) siendo revisada y mejorada en 1948 y por último la declaración de los derechos de los niños en 1959.

El régimen nazi durante la segunda guerra mundial (1938-1945) con pretexto de la pureza racial llevo la tortura y la vejación de los derechos humanos a los extremos, siendo asesinados miles de niños simplemente por ser considerados inferiores racialmente, tener malformaciones, sufrir enfermedades o simplemente para experimentar. Se podría realizar un tratado sobre crueldad hacia el niño ya que todas las culturas han incurrido en el con pretextos basados en la disciplina y la educación.

En 1946 Caffey describe la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos o pequeños.

En 1962 Kempe y Silvermann crean la expresión de niño golpeado, 1979 vio la aparición del libro “En Defensa del Niño Maltratado” en donde se maneja la tesis de que no solo hay maltrato físico; sino también emocional y por negligencia. Hasta ese momento la violencia familiar era considerada como un fenómeno poco frecuente o anormal atribuido a personas con alteraciones mentales o de clase baja ya que por el nivel socioeconómico comúnmente se asociaba a estos.²

El año de 1979 ve la aparición el libro en defensa del niño maltratado donde ya se maneja que no solo existe el maltrato físico que se pueden encontrar variaciones del maltrato como el emocional y por negligencia.³

En este mismo año se crea el año internacional del niño, en 1985 se establecen las reglas mínimas de las naciones unidas para la administración de justicia en los menores (Beijing) y la convención para los derechos del niño (1989) todo esto culmino con la entrada en vigor de la convención de las naciones unidas sobre los derechos de la niñez el 2 de septiembre de 1990.⁴

Es importante señalar además que en el año de 1997 la violencia familiar ya era tipificada como delito; Pero es importante definir ¿qué es la violencia? de acuerdo a la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para comprender después que es el maltrato infantil.

Violencia es:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad ,que

cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos ,trastornos del desarrollo o privaciones o muerte”.

Esta se subdivide de acuerdo a la clasificación de este mismo organismo en tres grupos o categorías que son;

- a) Violencia auto infligido: La cual abarca el comportamiento suicida y las autolesiones.
- b) Violencia interpersonal; que puede ocurrir en el ámbito familiar de la pareja y la comunidad.
- c) Violencia colectiva, social o económica.

La violencia familiar implica cualquier acto cuyo principal objetivo sea el dominio absoluto sobre cualquier medio de la familia, siendo este el caso más común en las familias Mexicanas, la cultura arraigada en que el liderazgo y el poder son dadas al hombre pone a la mujer en una situación vulnerable y con alto riesgo de ser maltratada, preocupante es el hecho de que en la familia, es donde se genera y perpetua tanto la discriminación por cuestiones de género, como las relaciones de violencia a partir de una conformación de una estructura jerárquica que se da en su interior.

Esta estructura establece a alguno de sus miembros a controlar a los demás, por cualquier medio, incluso por la violencia. Esta estructura vertical de poder las ha propiciado el propio estado Mexicano al confiar que los mecanismos internos de la familia son suficientes para establecer en su interior pautas democráticas de conducta del grupo que permiten la solución de los conflictos de sus miembros.

En México, el DF fue el primero de la federación que contó con una ley para los derechos de la infancia la” Ley de los Niños y las Niñas del Distrito Federal” la cual fue aprobada en diciembre de 1999 por la asamblea legislativa antes que la de carácter federal en del 2000, dicha ley tipifica varios artículos relacionados con la protección del niño y la niña, definiciones sobre maltrato infantil y psicoemocional.

Pero a la fecha en el resto del país solo algunos estados entre los que se encuentran Baja California y Sonora cuentan con leyes específicas a este respecto, a nivel penal, Tlaxcala y Sonora no se tipifica la violencia familiar y persiste la visión que no considera la vulnerabilidad de los menores.⁵⁻⁶

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informo que hubo alrededor de 57000 defunciones atribuidas a homicidios en menores de 15 años de edad, dentro de este grupo, los lactantes y los niños muy pequeños corren un

riesgo mayor con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años de edad.

En cuanto al maltrato que llega a ser mortal según el nivel de ingreso del país, en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios en menores de 5 años es de 2,2 por 100,000 varones y de 1.8 para las niñas, los países de ingreso medio o bajo se incrementa 2 o 3 veces más 6.6 por 100,000 para niños y 5.1 por 100,000 para las niñas.

El maltrato afecta a la población en general sin distinción de clases, nivel cultural, sexo o religión siendo un fenómeno multicausal. Aproximadamente el 10% de las heridas infligidas a niños menores de 5 años atendidos en el servicio de urgencias se deben a maltrato. El 15% de los niños ingresados por quemaduras y el 50% de los niños menores de un año con fracturas han sufrido malos tratos.

En México cifras del sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) reportan 23,000 denuncias por maltrato infantil superando cifras reportadas en años anteriores el promedio de niños y niñas afectados es de 25.5% por cada 1000 menores de los cuales 13.9% sufren abandono ,5.7% maltrato físico, 3.4% maltrato emocional y 2.5% abuso sexual.

Hay variedad de obstáculos para su identificación, diagnóstico, registro, atención legal, seguimiento, así como falta de sensibilidad y conocimiento del fenómeno por el personal de salud lo que se traduce en dificultades para la notificación y registro.

El maltrato infantil se define como:“Todo acto u omisión que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, psicológico, sexual o de abandono, que entorpezca el desarrollo del niño o la niña siendo efectuado tanto en el ámbito público como privado, violencia infantil expresándola como toda conducta de acción u omisión basada en la concepción de superioridad, o en el ejercicio abusivo del poder que tiene como objeto producir un daño físico, psicológico, o sexual, alterando con ello el desarrollo adecuado del menor”.

Entre los factores asociados a maltrato se identifican 5 factores de riesgo asociado a la aparición de maltrato a menores:

a) Por parte de los padres; aquellos que fueron maltratados, institucionalizados, con bajo nivel escolar, soporte conyugal insuficiente, adicciones.

b) Del embarazo: El embarazo no deseado, intención de interrumpir el embarazo, indiferencia, deficiente autocuidado, embarazo de alto riesgo y depresión posparto.

c) Del niño (ña); Malformaciones, prematuridad, alteración de los primeros vínculos alteración de proceso de apego (se explicara más adelante), niños con déficit de atención discapacidad psíquica y física etc.

d) De la familia; Familias monoparentales y/o con ausencia e insuficiencia de redes sociales de apoyo; familias con antecedentes de conductas violentas y discordancia entre lo que se espera del niño y sus características.

e) Del entorno: Cultura y tradiciones (formas de crianza), situación laboral, vivienda y malas condiciones de habitabilidad.

Sin embargo se debe tener presente que ningún factor de riesgo explica por sí mismo la aparición de conductas maltratadoras.

La carencia de vínculos tempranos seguros que contemplen las necesidades del niño traerá aparejada dificultades en su desarrollo temprano.

Los niños al crecer en un medio donde la agresión es común, crecen y se desarrollan con una imagen distorsionada de lo que es la convivencia y el respeto reproduciéndose situaciones de maltrato y violencia.

De este grupo los que llegan a ser padres reproducen esta violencia en sus hijos, esto quizá por una insuficiente madurez psicológica para asumir el rol de crianza, con inseguridades perspectivas o expectativas que no se ajustan a lo que es de esperar en cada etapa evolutiva de sus hijos lo que lleva a un importante potencial de maltrato por lo que;

Cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en una situación de crisis con escasas defensas anímicas y con dificultades externas se puede desencadenar la violencia.⁶⁻⁸

El síndrome de niño maltratado se expresa en diferentes formas, no es únicamente físico el daño que sufren los menores, hay marcas que no se pueden ver pero que están ahí en la psique del individuo, y conviven con él para aflorar después en agresión hacia los demás.

Se pueden encontrar combinaciones de las diferentes formas de maltrato; siendo el motivo por el que se muestran las siguientes definiciones:

Maltrato psicológico; donde el daño está enfocado en forma intencional hacia las habilidades del niño lesionando su autoestima.

El abuso sexual: Donde una persona en una relación de poder involucra al menor en una actividad de contenido sexual donde el ofensor obtiene satisfacción en una relación de poder que nace de una diferencia de fuerza, edad, conocimiento autoridad entre víctima y agresor.

Abandono: Aquí se involucra la privación de satisfactores para las necesidades básicas del menor que le garantizan un desarrollo biopsicoafectivo normal. El abandono puede ser físico o educacional; el primero rehúye o dilata la atención de problemas de salud por ejemplo echar al menor de casa o no realizar denuncia de la desaparición del menor.

La segunda variante el abandono educacional consiste en no inscribir a un niño al grado que le corresponde ni hacer lo posible para proveer las necesidades de educación especial en caso de requerirla.

Existe también el Abuso Fetal que ocurre cuando la futura madre trata de lesionar al feto estando en su vientre, un ejemplo; ingiriendo drogas o alcohol en forma deliberada pudiendo resultar con malformaciones o retraso severo. Se describe también el síndrome de Munchausen donde los niños son inducidos por un adulto a fabricar síntomas, resultando en ocasiones en procedimientos quirúrgicos innecesarios, los síntomas en muchas ocasiones ocurren únicamente en presencia de la mamá.

Los tipos más frecuentes de maltrato son; la negligencia, maltrato emocional y maltrato físico, son las formas de abuso que ocupan los lugares más destacados.

En cuanto a la severidad es clasificada según los autores Mc Gee y Zurvain como:

- a. Leve: Situaciones en los que se involucra la disciplina (nalgadas, sacudidas).
- b. Moderado: Contacto físico que por su magnitud no pone en peligro la vida (empujones, lanzar objetos al menor).
- c. Severo: Conductas o agresiones potencialmente letales como golpear en forma repetida al niño, lanzarlo o azotarlo, sacudir al RN, intento de estrangulación.

La carencia de vínculos tempranos, seguros, que contemplen las necesidades del niño traerá aparejada dificultades en su desarrollo temprano; siendo muy frecuente que el niño que se desarrolla en ambientes donde la agresión es común, crecen con una imagen distorsionada de la convivencia y respeto, reproduciendo estas situaciones de maltrato y violencia en sus hijos o en el cónyuge.⁸⁻¹¹

Es importante destacar después de conocer estos datos, que las consecuencias independientemente de las secuelas a nivel físico que desencadena en forma directa la agresión, abuso físico o sexual, dependen de la frecuencia e intensidad con la que ocurre, uso de la violencia física, relación con el agresor, apoyo intrafamiliar a la víctima infantil, así como las características del niño.

Esto es importante para iniciar la rehabilitación del menor. Se habla en la literatura científica sobre los niños “resilientes”, la resiliencia término tomado de la metalurgia donde entre más es golpeado el metal mejores características se obtienen de él.

La resiliencia es conceptualizada como “La capacidad de cambiar y aprender en situaciones, estresantes o desfavorables, llegando a una adaptación al medio que le permita ser funcional (a la persona) en su vida diaria”

Esto no quiere decir que para tener un adulto ejemplar deba ser golpeado o maltratado, sino que a pesar de las adversidades, podemos hacer algo por esos niños. Menores que han sido maltratados, niños con inteligencia promedio, con deseos de superación que al momento de aparecer una persona que se interesa por ellos, logran romper con el ciclo del abuso llegando a superar su problemática, convirtiéndose en adultos creativos y productivos...¹²⁻¹⁹

Siendo la mejor manera de ayudar a un niño:

- a. Identificar los casos maltrato.
- b. Derivar o denunciar los casos de maltrato a los organismos pertinentes.

Puntos clave para el estudio y diagnóstico del maltrato son los indicadores de maltrato, que son signos y síntomas que se presentan de manera individual o interrelacionados, que nos permiten detectar posible maltrato físico, abandono y abusosexual.

Se deben tomar en cuenta la frecuencia y severidad de los mismos, a continuación se muestran los más comunes:

- a.- Presencia reiterada de lesiones cutáneas traumáticas, indicador importante en menores de 3 años.
- b.- La presencia de fracturas en niños menores de 2 años puede indicar maltrato.
- c.- La dificultad para andar o sentarse y el dolor o picor en la zona genital, pueden deberse a abuso sexual.
- d.- Falta de higiene, retraso en el crecimiento e infecciones recurrentes pueden suponer la existencia de maltrato por abandono.
- e.- La desconfianza hacia el adulto y la apatía en las relaciones con los progenitores puede ser, un comportamiento indicativo de abandono.
- f.- La frialdad y la falta de afecto en el trato del niño, el rechazo verbal, menosprecio desvalorización del niño son comportamientos maternos que pueden indicar maltrato.

Uno de los factores que se deben tomar en cuenta en los primeros momentos del desarrollo evolutivo, y en donde vemos repercusiones, es en la capacidad de apego y autoestima del niño, concepto desarrollado por Bowlby el cual postula que los sentimientos y conducta de una madre o cuidador hacia el niño están influidos profundamente por sus primeros años de vida.

El apego es; la vinculación de una persona para formar un fuerte lazo emocional o interacción que establece un niño con su cuidador, construido desde el nacimiento y que sin embargo no está presente al nacer sino que se construye entre el niño su madre o el cuidador principal los dos primeros años de su vida, esto es una condición importante para la supervivencia de la especie.

Es importante hacer notar que es muy común que el factor del agresor recae más frecuentemente en la madre, y que esto no se explica por el hecho de que pase más tiempo con el menor, sino por situaciones que hacen que el matrimonio se convierta en una constante de humillaciones y frustraciones, que son fuente de profundos resentimientos que son canalizados hacia los hijos.²⁰⁻²⁸

Los niños y las niñas; son parte de los grupos vulnerables aquellos que por edad, sexo, raza, color, idioma e ideología política se encuentran en riesgo de sufrir, discriminación, disminución o negación de sus derechos fundamentales.

Con el incremento gradual de la violencia no solo a nivel mundial sino en nuestro país surge la NOM-190-SSA-1 1999 (CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA LA VIOLENCIA FAMILIAR) la cual entro en vigor el 7 de marzo de 2000 participando instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así como instituciones internacionales (UNICEF).

Como ejemplo; en algunas de ellas se destaca que la violencia dentro de la familia constituye, un problema de salud pública describiendo el comportamiento habitual del fenómeno, así como el papel y las obligaciones del equipo de salud, en la atención de los casos de violencia.²⁹⁻³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al asistir al niño víctima de violencia se encuentran obstáculos para su diagnóstico, atención legal, seguimiento.

Estos obstáculos a los que se hace referencia van desde las diferencias en cuanto a las definiciones de síndrome de niño maltratado lo que deriva en conceptos heterogéneos y acordes a las necesidades de cada área y no a las del fenómeno mismo.³¹⁻³²

La otra causa es la falta de sensibilidad y conocimiento del fenómeno por el personal de salud lo cual se traduce en dificultades como el registro y notificación.³³⁻³⁴

En encuestas similares a la presente, realizadas en hospitales pediátricos donde se determinó el nivel de conocimientos de los médicos sobre indicadores de maltrato infantil, se obtuvieron los siguientes resultados; sobre indicadores mucocutáneos: pediatras y R2 50% deficientes e indicadores dentales; pediatras 58.3% adecuado, y R2 83.3% deficiente, en indicadores osteoarticulares; pediatras y R2 41,7% deficientes, en indicadores orgánicos internos; pediatras 50% regular y R2 41.7% regular ,tanto los residentes de segundo año como pediatras tenían un conocimiento regular de dichos indicadores ,ya que dicha encuesta fue tabulada clasificándose en categorías 58.3 % regular,37,5 % deficiente,4,2% inadecuado.

En otra encuesta realizada en Sudamérica en el hospital “José María Benítez “en Venezuela, solo el abuso físico fue identificado por todos los residentes como tipo de maltrato infantil, 73% conoce los factores de riesgo, 62% considera que la valoración del niño maltratado debe ser multidisciplinaria, 89% considera que el maltrato infantil no se maneja adecuadamente y la causa más frecuente es porque los casos no son diagnosticados.³⁵

El panorama no ha cambiado del todo desde 1988, donde se realizó una encuesta en España, dirigida a médicos residentes de pediatría, urgencias y medicina familiar, respondieron 161(84%) de ellos,87 pediatras.

El 58% de estos afirmaba haber tenido cinco o más horas de instrucción sobre maltrato infantil y un 16,6% más de 15 horas sobre maltrato infantil, por lo tanto el 25% habrían recibido menos de 5 horas.

Se agrega a esto además, que existe desconocimiento de los pediatras de aspectos de la anatomía de los preadolescentes, de la asociación de enfermedades venéreas y abuso y el hecho de no incluir el examen del aparato genital en forma rutinaria en las revisiones médicas, esto disminuye el conocimiento y la notificación de casos de abuso sexual infantil. Estos estudios fueron realizados en los años de 1980 en los Estados Unidos.

En 1996 se realizó un estudio similar a otro realizado en 1986 encuestas realizada a pediatras y médicos familiares sobre conocimientos adecuados de enfermedades transmisión sexual y abuso sexual, en el primero fue de 8% y el segundo fue de 12.7%, por lo tanto a pesar de haber mejorado no se apreciaron cambios importantes, una década después ya que hubo problemas para identificar los indicadores de abuso y anatomía genital.³⁶

La verdadera imagen revela que los niños sufren de una variedad infinita de abusos, por lo general a manos de los propios padres y a menudo sin lesión evidente ni queja.

El miedo a las amenazas o las agresiones de las que pueda ser objeto el medico muchas veces hacen pensar a estos antes de reportar los hechos a las autoridades.

En nuestro país no se conoce la prevalencia de niños-as víctimas del maltrato infantil y los estudios solo muestran facetas parciales del problema, hay publicaciones desde el año de 1977 donde se investigaron 686 casos de maltrato infantil comprobado, a partir de este año se empezó a estudiar el fenómeno, pero no se tomaron medidas para atacar el problema.

El porcentaje de denuncia comprobado por maltrato a disminuido entre 1995 y 2004 manteniéndose el porcentaje entre 58 y 63% en el resto de años por lo tanto un 6 de cada 10 casos de denuncia aproximadamente llegan a ser comprobados.

Muchos casos de maltrato no llegan a ser probados y esto es importante porque no hay evidencia física, omitiéndose la agresión verbal, emocional, negligencia y abandono (según el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005).

Se debe incrementar la enseñanza en este aspecto y sensibilizar sobre la problemática, creando programas y capacitación al personal de salud, con el fin de que se interese en forma paulatina en esta problemática.

El objetivo es identificar si el personal cuenta con un mínimo de conocimientos sobre el maltrato infantil de acuerdo a la norma emitida por la SSDF, a través de preguntas sencillas, para así enfocarse en la educación del personal y tener una idea en que aspectos se debe enfatizar.

La experiencia ha enseñado que este diagnóstico se debe establecer después de que el pediatra, el psicólogo, el psiquiatra el trabajador social y el personal del departamento jurídico, qué como parte de un grupo multidisciplinario, lo realizan en forma conjunta basados en el análisis completo de cada paciente (Loredo 1999) *

La identificación y tratamiento oportuno son importantes para minimizar las consecuencias del abuso a largo plazo (una pobre auto, imagen, re actuación del acto sexual, incapacidad para confiar y amar a otros, coraje, rabia etc.)

Mediante el tratamiento el niño comienza a recuperar a su sentido de confianza en sí mismo y en los demás.

El hospital pediátrico Moctezuma es una institución que atiende un gran número de pacientes del Distrito Federal, Estado de México e inclusive de otras partes del país, tratando padecimientos pediátricos, oncológicos, cirugía pediátrica y trauma. De ahí la importancia de estar capacitados para detectar este tipo de problemática.

La función como pediatras obliga a hacer los señalamientos necesarios no solamente durante nuestra práctica profesional sino también ante la sociedad en general para tratar de resolver las diferentes situaciones inherentes al problema.

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad de evaluar los conocimientos del personal de salud (médicos, enfermeras, trabajo social y psicología); en el tema de maltrato e identificar si conoce la norma y sabe aplicarla.

La problemática tiende a incrementarse con los años, sus secuelas son para toda la vida y ocasionaran un círculo vicioso.

El personal de salud debe conocer los datos que orienten a pensar en maltrato y debe saber canalizar a los centros de atención para su resolución y seguimiento, pero esto solo es posible si conoce la norma para así crear formas preventivas y educativas dirigidas al personal de salud y que este sepa aplicarlas.

MATERIAL Y METODOS.

Estudio realizado con encuestas del “HOSPITAL PEDIÁTRICO MOCTEZUMA” en forma transversal prospectiva descriptiva con los siguientes criterios:

Se aplicó al personal de salud involucrado en la atención y seguimiento del menor que labora en este hospital de los diferentes turnos, sin importar sexo, edad o antigüedad.

Como criterios de inclusión se consideraron al personal de salud (médicos, enfermeras, trabajo social y psicólogos) por ser el equipo que evalúa al paciente a su ingreso al hospital.

El servicio de odontología no participo alegando falta de interés y tiempo para realizarlo, así mismo se mencionó que no creían que fuera adecuado que se les evaluara ya que ellos no tenían participación en el diagnóstico y tratamiento de maltrato.

Como criterios de exclusión: Personal que se encuentre en comisión, vacaciones, incapacidad o que no desee resolver la encuesta.

Se realizó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple basado en la “Guía de Detección y Maltrato de la Secretaria de Salud del Distrito Federal”.

El cuestionario fue validado en forma previa por método de test – re test en el personal de la “Secretaria de Salud del Distrito Federal” con una correlación de 0.53

La prueba se aplicó al personal en el auditorio del hospital donde se contó con la participación de 50 personas involucradas en la atención del menor (Médicos, enfermeras, trabajo social y psicología).

Las preguntas consisten en definiciones sobre maltrato infantil, preguntas 1, 2,3 y 12; signos y síntomas físicos y psicológicos de las victimas (indicadores de maltrato) estos indicadores a los que se hace referencia vienen especificados en la “Guía de Maltrato Infantil” las preguntas son de la 5 a la numero 11. La pregunta 4 y 13 cuestionan sobre otros tipos de maltrato estas preguntas las encontramos en el manual.

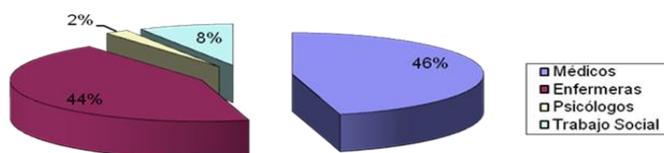
Para su mejor evaluación se desglosaron las preguntas en cuadros, de acuerdo al grupo a que pertenecen (definición, indicadores y tipo).

Los resultados se evaluaron de acuerdo a cada grupo de especialidad capturándose los datos en Excel para facilitar su análisis estadístico, se utilizaron medidas de variabilidad (Rango, Desviación Estándar) se ordenaron las puntuaciones obtenidas en las diferentes variables, se calculó la media y se determinó la desviación de cada puntuación con respecto a la media, se obtuvo la sumatoria de las desviaciones al cuadrado y se aplicó fórmula para datos simples. Este tipo de investigación no tiene riesgo.

RESULTADOS.

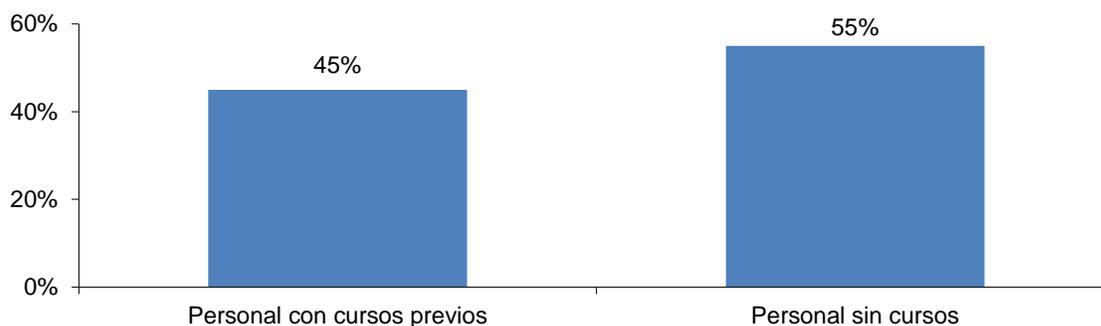
Se obtuvo la participación de 50 encuestas del personal de salud, los cuales se distribuyen de la siguiente forma; el 46% de los entrevistados son médicos, el 44% son enfermeras, 2% psicólogos y el 8% corresponde a trabajo social, no se logró la participación del servicio de odontología al no querer resolver la encuesta. (Figura 1).

Equipo salud entrevistado en el HP Moctezuma.
Figura No 1.



Solo el 45% del personal entrevistado ha tomado cursos de maltrato el restante 55% nunca ha tomado uno.

Figura no.2



Fuente. Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.

Las preguntas realizadas para su mejor comprensión se dividieron en preguntas sobre indicadores de maltrato (cuadro 1), preguntas de definición (cuadro 2) y sobre tipos de maltrato que para contestarlas se debe conocer la guía de maltrato ya que en esta vienen correctamente especificadas. (Cuadro 3)

CUADRO 1
COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
MOCTEZUMA

PREGUNTAS SOBRE INDICADORES DE MALTRATO	MÉDICOS				ENFERMERAS				TRABAJO SOCIAL				PSICOLOGÍA			
	RC		RI		RC		RI		RC		RI		RC		RI	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
5.- ¿Signos o indicadores de maltrato físico?	19	86	3	14	21	91	2	9	4	100	0	0	1	0	0	0
6.-Signos o indicadores de comportamiento de maltrato físico?	8	36	14	64	6	26	17	74	3	75	1	25	0	0	1	0
7.- Signos o indicadores físicos de abuso sexual?	9	40	13	60	6	26	17	74	2	50	2	50	1	0	0	0
8.-Indicador de comportamiento de abuso sexual?	17	22	5	78	20	86	3	14	4	100	0	0	1	0	0	0
9.-Signo o indicador físico de maltrato psicologico?	11	50	11	50	20	86	3	14	3	75	1	25	1	0	0	0
10.-Signo o indicador de comportamiento de maltrato por descuido?	9	40	13	60	14	60	9	40	3	75	1	25	1	0	0	0
11.-¿signo indicador de comportamiento de maltrato psicológico?	11	50	11	22	19	82	4	18	3	75	1	25	0	0	0	0

Fuente.-Cuestionario realizado en HP Moctezuma 2007

En el cuadro 1. Se muestra el número de aciertos y errores así como el porcentaje respectivo de cada grupo de especialidad, en esta sección que es básicamente la identificación de indicadores o signos de maltrato, se muestra la dificultad para contestar correctamente, ya que no se identifican los indicadores o signos, las preguntas con más problema para su resolución fueron la pregunta número 6 ,7 y 11.

La pregunta número 6; cuestiona sobre los indicadores de comportamiento de maltrato físico, 8 médicos (36%) 6 enfermeras (26%) y trabajo social 3 personas (75%) respondieron adecuadamente, psicología no tuvo aciertos en esta sección pero es de llamar la atención que médicos y enfermeras son el grupo más bajo.

La pregunta número 7; se pide identificar los signos o indicadores físicos de abuso sexual, aquí 9 médicos (40%) ,6 enfermeras (26%) ,2 trabajadores sociales (50%) y psicología identifican correctamente estos indicadores, vuelve a llamar la atención que el área de enfermería y los médicos obtienen resultados bajos.

En la pregunta número 11; se pide que identifiquen los signos o indicadores de comportamiento de maltrato psicológico, 11 médicos (50 %), 19 enfermeras (82%), trabajo social el 75% obtienen aciertos, aunque este grupo es pequeño en relación con los médicos y enfermeras.

En el cuadro 2. En la que se piden definiciones sobre Maltrato infantil, abuso sexual y maltrato infantil.

En la pregunta sobre definición de maltrato físico 18 médicos (81%) ,15 enfermeras (65%), 4 trabajadores sociales (100%) contestaron adecuadamente, psicología tuvo un error.

La pregunta sobre definición de maltrato psicológico no hay dificultad para contestarla pero el área médica (médicos y enfermeras) quedan por debajo de trabajo social y psicología que contestan correctamente esta pregunta (100%).

La pregunta sobre definición de abuso sexual los médicos aciertan (100%) junto con el área de psicología y trabajo social, enfermería obtiene el 86% de asertividad.

En la definición de maltrato infantil nuevamente las respuestas correctas son del área de psicología y trabajo social, médicos 77%, enfermeras el 60% de respuestas correctas. El cuadro se muestra en la página siguiente.

**COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
MOCTEZUMA
CUADRO 2**

PREGUNTAS DE DEFINICIÓN	MÉDICOS				ENFERMERAS				TRABAJO SOCIAL				PSICOLOGÍA			
	RC		RI		RC		RI		RC		RI		RC		RI	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
1.-¿Definición de maltrato físico?	18	81	4	19	15	65	8	35	4	100	0	0	0	0	1	100
2.-¿Definición de maltrato psicológico?	20	90	2	10	19	82	4	18	4	100	0	0	1	100	0	0
3.-Definición de abuso sexual?	22	100	0	0	20	86	3	14	4	100	0	0	1	100	0	0
12.- ¿Definición de maltrato infantil?	17	77	5	23	14	60	9	40	4	100	0	0	1	100	0	0

Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007

COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
MOCTEZUMA
CUADRO 3

PREGUNTAS DE TIPOLOGIA.	MÉDICOS				ENFERMERAS				TRABAJO SOCIAL				PSICOLOGÍA			
	RC		RI		RC		RI		RC		RI		RC		RI	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
4.- ¿otros tipos de maltrato?	2	9	20	91	3	13	20	87	0	0	4	100	0	0	1	100
13.- ¿tipos de maltrato físico?	15	68	7	32	20	86	3	14	4	100	0	0	1	100	1	100

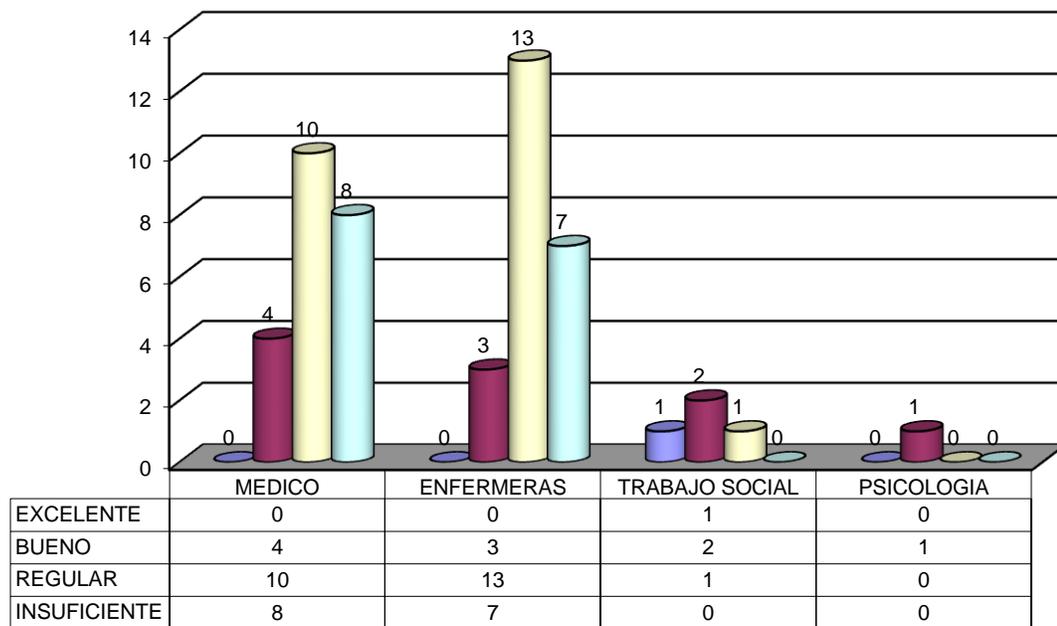
Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.

El cuadro 3. Se interrogo sobre otros tipos de maltrato, se obtuvo un bajo porcentaje de respuestas correctas. Trabajo social no obtuvo aciertos, junto con psicología, en el área médica solo 2 médicos y 3 enfermeras contestaron de forma adecuada.

En la segunda pregunta de este cuadro en lo que se refiere a tipos de maltrato físico es contestada correctamente por trabajo social y psicología y nuevamente los médicos, tienen un porcentaje bajo de aciertos seguidos por el servicio de enfermería.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados globales obtenidos por los equipos de salud y posteriormente se muestran las gráficas con los resultados de cada área para su mejor análisis.

RESULTADOS POR GRUPO DE ESPECIALIDAD EN LA ENCUESTA DE MALTRATO INFANTIL.
Figura 3.



Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.

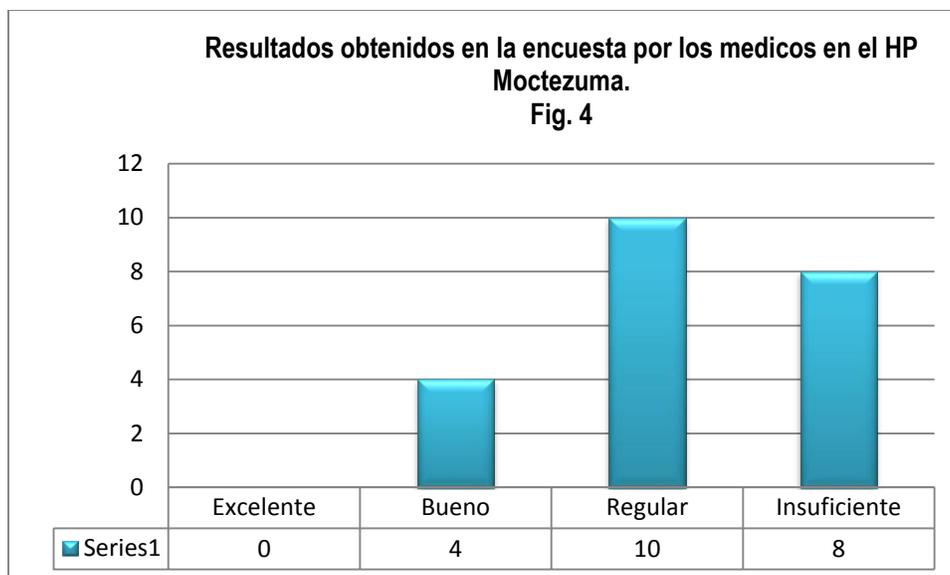
Solamente 10 personas obtuvieron 11 a 13 aciertos (20%) el cual es clasificado como bueno.

Una sola persona de trabajo social (2%) obtuvo la excelencia con 14 aciertos.

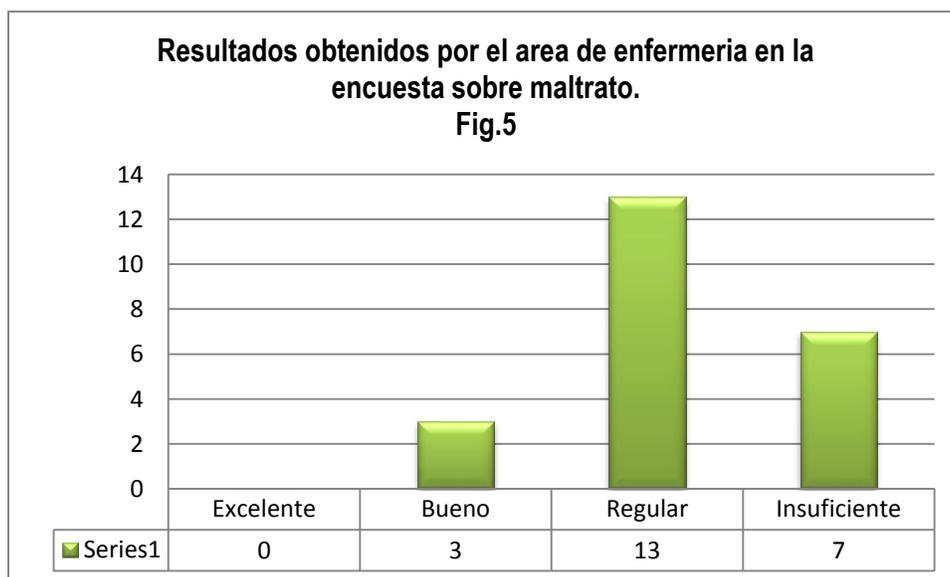
24 personas fueron consideradas como regulares en conocimientos (48%) de 9 a 10 aciertos.

15 personas (30%) obtuvieron 1 a 8 respuestas correctas (insuficiente). (Fig. 3 y 7)

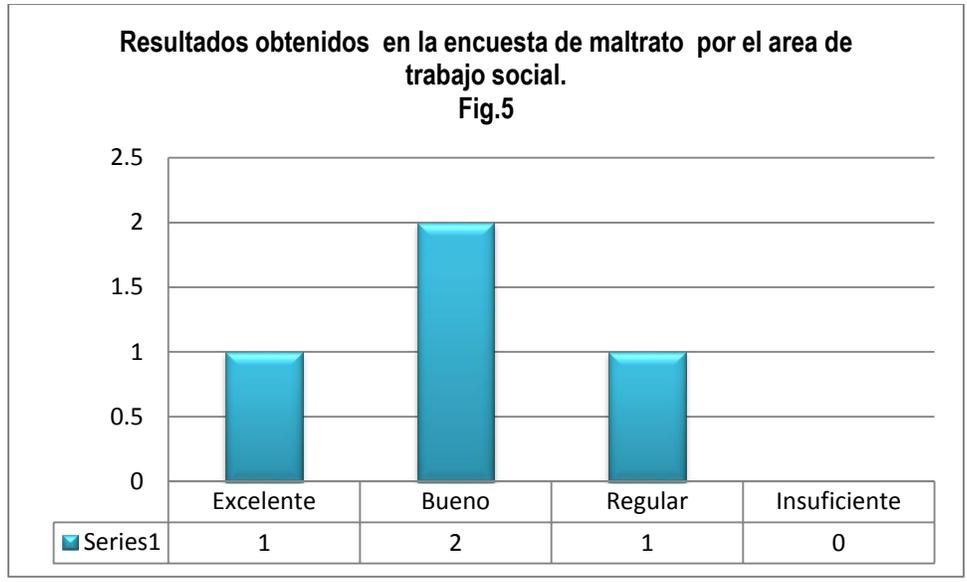
En los siguientes gráficos se desglosan los resultados obtenidos por cada equipo de salud para su mejor análisis.



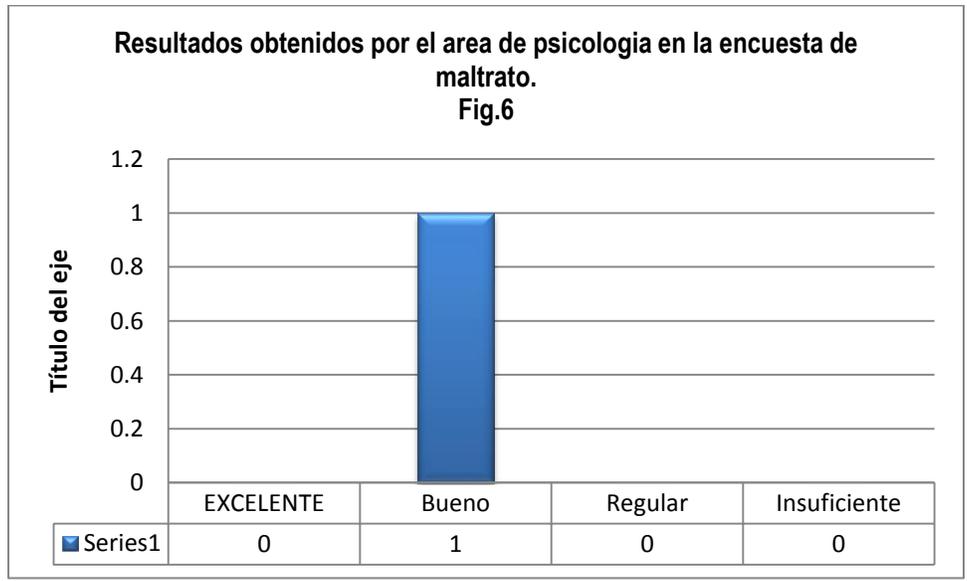
Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.



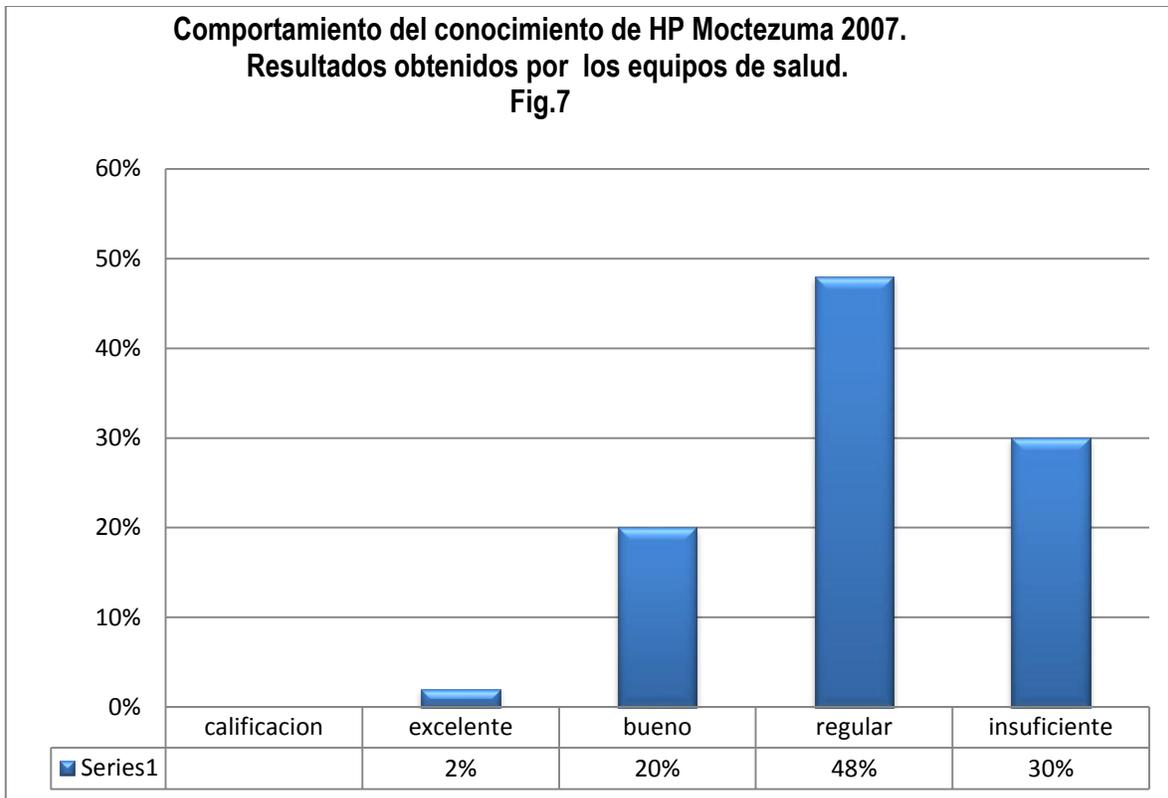
Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.



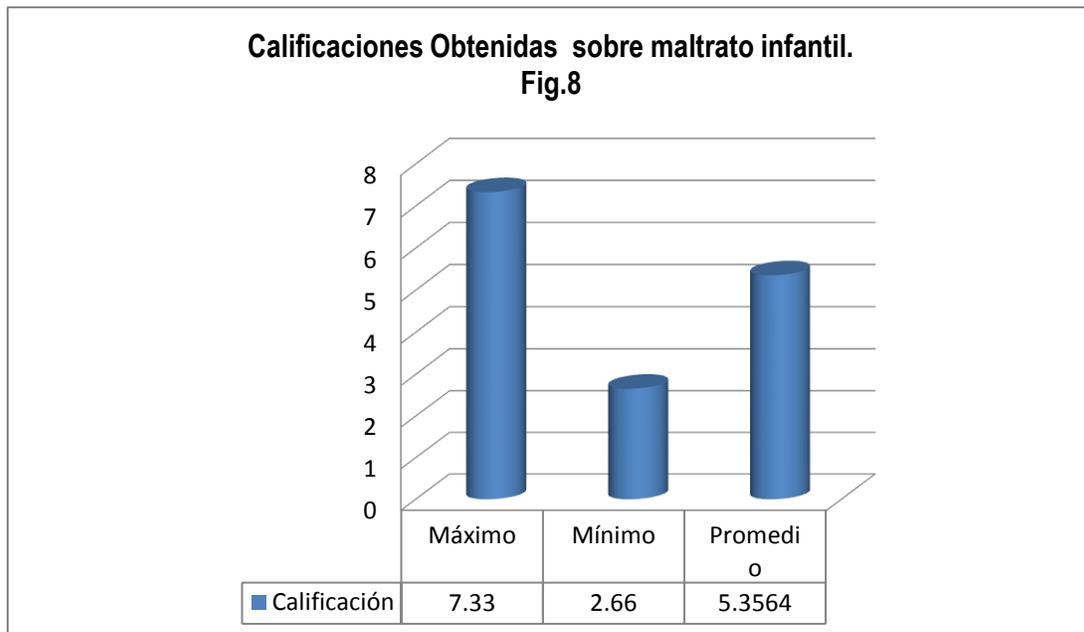
Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.



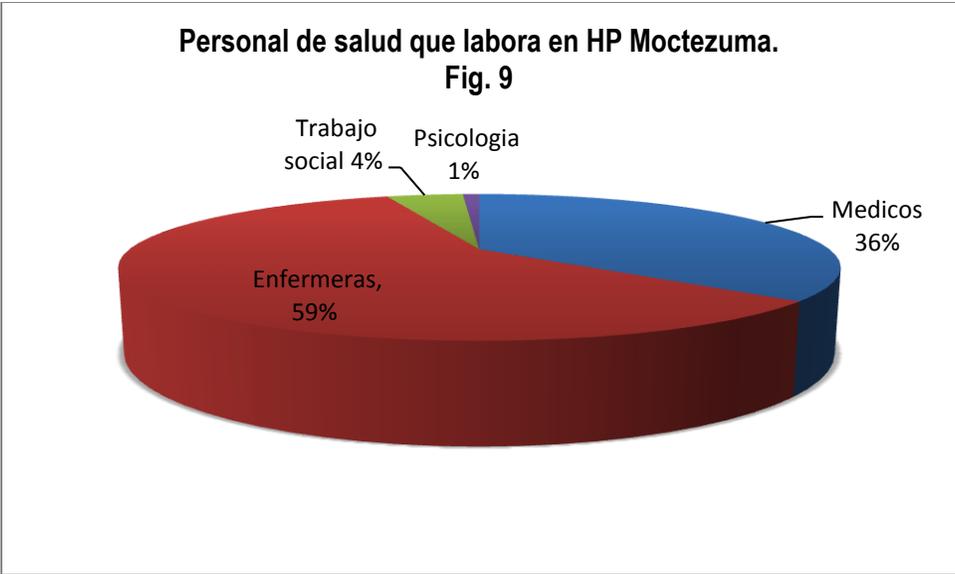
Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.



La calificación media es de 5.3, la máxima de 7.33 y el promedio mínimo es de 2.66. (Figura 5)

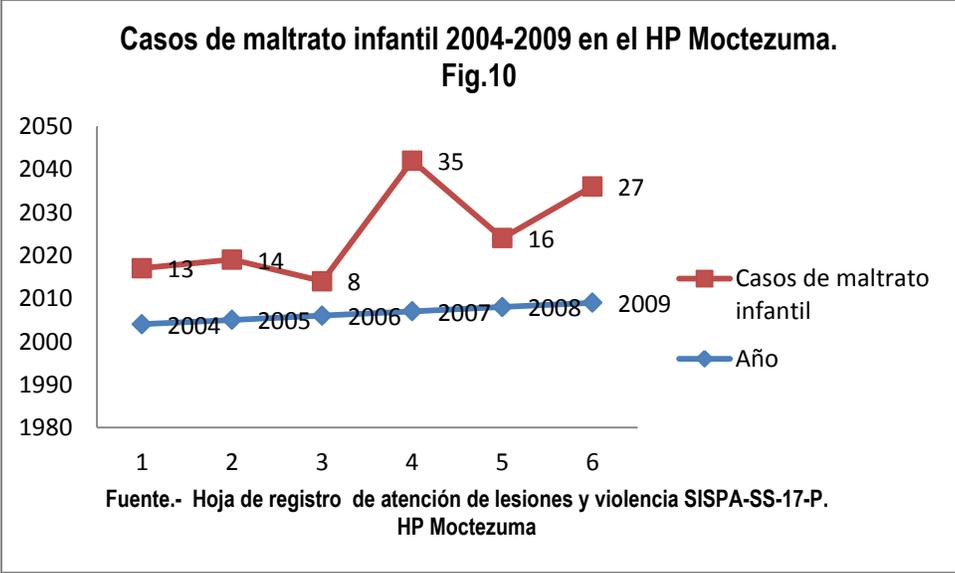


Fuente.- Cuestionario aplicado en HP Moctezuma 2007.



Fuente.- Departamento de recursos humanos HP.Moctezuma.

El grafico muestra el porcentaje de personal que labora en este hospital 189 Enfermeras (59%), Médicos 116 (36%), Trabajo social 14 personas (4%) y Psicología 3 (1%).



En este grafico se muestran los casos de maltrato infantil detectados en el HP Moctezuma, se aprecia como tiende a incrementarse de manera importante.

DISCUSIÓN.

Se ha discutido ampliamente los riesgos de sufrir maltrato en la infancia, de las consecuencias a largo y a corto plazo, en reuniones académicas y en diversos medios de comunicación, se ha hablado sobre la importancia de la denuncia, sobre la importancia de la detección y el seguimiento, pero tristemente, esto muchas veces se queda en buenos deseos y palabras; los motivos, como se expone en este estudio van desde el miedo a la denuncia legal ya que la corrupción permite muchas veces que el agresor pueda ser liberado y el denunciante sea tratado como delincuente, indiferencia por los casos y el no realizar un diagnóstico adecuado.

En México un gran atavismo existente, sobre todo en la educación es “el de la letra con sangre entra”, haciendo a la violencia parte de la educación y la gran aceptación que tiene el castigo físico, como forma educativa se hereda de generación en generación, esto visto en poblaciones de adolescentes encuestadas quienes la aceptan y justifican al sentir que lo merecen.

Aquí también hay que hacer notar que las deficiencias que los padres tuvieron durante la infancia, sus temores e incapacidades en cuanto a su educación, que los hicieron fracasar en su etapa educativa son volcadas hacia sus hijos, volviéndose obsesivos en cuanto a las materias que no podían dominar, actitudes sociales que no lograron desarrollar y que creen que sus vástagos deben hacerlo ,de forma inconsciente para realizarse en ellos y el niño-niña al no lograrlo es victimizado de forma física, psicológica etc.³⁻⁴⁻⁵⁻⁶

En las encuestas a nivel nacional se concluye que la madre es la principal agresora y el padre el que principalmente ejerce el maltrato por abandono.⁶

La preocupación en algunos sectores ha hecho que se difunda más la problemática del maltrato tratando de hacer difusión y destacando la importancia del diagnóstico y el manejo del paciente, pero se requiere saber cuánto se conoce por parte de las personas encargadas en este caso del sector más vulnerable los niños y a cargo de los niños se encuentran los maestros, sus padres, médicos, enfermeras.³¹

Se encontraron algunos antecedentes de encuestas sobre maltrato infantil, dirigidas a alumnos de escuelas secundarias públicas y privadas en Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán en el año 2003. Pero las preguntas iban dirigidas principalmente a la madre de familia, y se limitaba a hablar de la violencia familiar.

En una población sudamericana se realizó una encuesta a maestros y personal judicial.

En todas se concluye que no hay difusión sobre el tema, que no hay adecuada coordinación con las autoridades judiciales, médicos, maestros, y familiares; que en muchas ocasiones los maestros pueden detectar los casos de maltrato, pero no se realiza la denuncia por desconfianza en las autoridades, o por que las personas consideran que el maltrato, es algo que se debe arreglar en casa por estar en el ámbito familiar.

En la mayoría de los casos y esto es importante para el diagnóstico no se comprueba el maltrato, porque no hay evidencia física, omitiéndose que la agresión emocional, verbal, la negligencia y el abandono son formas de maltrato, por lo tanto en la práctica médica diaria la detección de maltrato requiere de la búsqueda activa de indicadores.³⁰⁻³³⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶

Los resultados obtenidos en nuestra encuesta muestran, que solo se tienen niveles regulares de conocimiento, lo que corresponde al 48% de los evaluados, este grupo en su mayoría, formado por médicos y enfermeras; este equipo es el encargado de recibir, diagnosticar, evaluar y atender en forma primaria al niño maltratado, de allí la importancia de que cuenten con los conocimientos, para poder detectar el problema.

Hubo dificultad para identificar los indicadores sobre el tema, y es importante ya que estos signos y síntomas; que se presentan de manera individual o interrelacionados permiten al personal de salud, detectar la posibilidad de maltrato, y hablan sobre la severidad y frecuencia de los mismos.

Estos indicadores son los que vienen especificados en la guía de maltrato de la "Secretaría de Salud del DF". No hay problemas en cuanto a definiciones, se conoce que es maltrato y cuál es el abuso sexual o definir maltrato psicológico, pero hubo confusión o dudas en lo que concierne a la detección de los indicadores de comportamiento sobre todo en maltrato y en lo que abuso sexual se refiere y este en particular, se asocia en múltiples alteraciones psicológicas (somatización, ansiedad, rechazo, alteraciones de conducta sexual, hostilidad, miedo).

Este resultado se ha visto en otras encuestas, una de ellas aplicada en España referente a los conocimientos adecuados sobre enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual donde no se reconocían de manera adecuada, las características sexuales de los (las) menores. Habiendo discrepancias entre los médicos con experiencia en el manejo de maltrato infantil y quienes no la tenían.

36

Otras de las preguntas que denota desconocimiento; son en las que se refieren a los otros tipos de maltrato, en donde solo 2 médicos y 3 enfermeras contestaron acertadamente del total de los encuestados, esta pregunta en particular viene en la guía de maltrato lo que hace concluir que no hay conocimiento de la norma.

CONCLUSION

El mayor puntaje como se observa es para el área de trabajo social; y no es de extrañar esto, ya que muchas veces tienen que realizar el seguimiento del paciente y se ven directamente influidos por la problemática familiar.

El medico muchas veces se concreta a realizar el tratamiento de la problemática física, sin involucrarse en el seguimiento, quizás por exceso de trabajo o desgraciadamente, porque no existe el interés o por miedo. La denuncia de los casos no se llega a realizar en muchas ocasiones por temor a las consecuencias legales, desgraciadamente en nuestro país al realizar la denuncia, se corre el riesgo de pasar al lado de los acusados, por los vacíos legales que existen en el país y muchas veces no se actúa. Al término de la entrevista los encuestados expresaron su descontento por lo último mencionado, al declarar el denunciante es tratado como si fuese el agresor y la mayoría de las veces el acusado saldrá libre, generando el temor de posibles represalias por parte de este.

No hay difusión tampoco por parte de las autoridades de salud para promocionar el tema. En la encuesta realizada solo el 45% del personal de salud tiene cursos sobre maltrato. En la figura no 10. Se observa el incremento del maltrato infantil según los datos proporcionados por el hospital, llama la atención los casos del año 2007 y el incremento de los mismos en el año 2009, año que estuvo marcado por el desempleo, crisis económica y la epidemia por el virus H1N1.

Es necesario crear el interés en el equipo de salud y la sociedad, para desarrollar programas de prevención y tratamiento de estos pacientes, porque aún en la sociedad mexicana se justifica el maltrato por motivos educativos, llegando a ser vista como normal por los padres y por sus hijos; generando patrones de repetición y secuelas, se debe crear conciencia sobre la importancia del impacto que el maltrato tiene en el infante, ya que de no ser así se perpetuara la violencia, o en el peor de los casos habrá, una estadística más de muerte infantil. Por lo que se recomienda:

- 1.- Capacitar al personal de salud (Médicos, enfermeras, Trabajo Social, psicología) en forma continua sobre esta problemática.
- 2.- Concientizar sobre el daño que se genera para el resto de la vida del paciente.
- 3.- Incrementar información a los padres sobre el tema.
- 4.- Contar con una adecuada coordinación entre los diferentes departamentos de salud.
- 5.- Realizar mayor difusión por parte de las autoridades de salud, de las normas de maltrato, realizar cursos no solo a personal adscrito sino a personal en formación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Santana TS, Sánchez Ahedo. El maltrato Infantil; Un problema mundial. **Revista de salud pública de México**.1998; 40:58-65.
2. Kempe HE, Silvermann NE .TheBattered Chile Síndrome. **Jama** .1962; 181:105-112
3. Fontana V. **En defensa del niño maltratado** .1ª edición. Editorial Pax .1979.
4. Corchado –Chávez, Loredo A. El niño Maltratado; Obstáculos medico legales en el diagnostico y asistencia integral. **Boletín medico del Hospital infantil de México**.2004 (61) 412-422.
- 5.- Villatoro J; Quiroz N, Gutiérrez MI, Díaz M,Amador M. **¿Como educamos a nuestros hijos e hijas? Encuesta de maltrato infantil y factores asociados**. Instituto nacional de las mujeres (INMUJERES) .Instituto nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente (INPRFM) 2006.
6. Pérez C. Violencia contra menores; Un acercamiento al problema en México. **Boletín Mexicano de derecho comparado**. Revista jurídica .2005; 96; Pagina de Internet.
7. Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de salud. **Guía de detección maltrato y abuso sexual infantil**. 2005. México DF.
8. Perea M,Loredo A. Indicadores Clínicos y sociales asociados a maltrato físico severo. **Acta pediátrica de México**. 2004; 25(4) 221-227.
9. Meneghelo. **Pediatría Practica en diálogos** .1ª Edición. Editorial Panamericana .2001; 1127-1131.
10. Monografías .**Com. Maltrato Infantil**. 1997 .Pagina de Internet.
11. Reyes R, Martinez V. Síndrome de Munchausen.**Boletín AUMP**.2003; 36; 16-19.
12. Nelson Tratado de pediatría .Mc Graw Hill Interamericana.15ª edición .1997.146-147.
13. Mc gee AH, Wolfe SA, Measurement of Maltreatment.**Child Neglect And Abuse** .1995. (19) 233-249.

14. Zurvain SJ, Research Definitions of Child physical abuse and neglect: Currents problems .**The effects of child abuse and Neglect: issues and research**. Guilfordpress New York.1991; 110-228.
15. Olivan Indicadores de maltrato infantil, **guías clínicas** .2002; 2; 44.
16. Gomeza, Loreda A. Apego; estrategia para la prevención primaria del maltrato infantil. **Acta pediátrica de México**.2005; 26 325-329.
17. BowlbyJ. **El vínculo afectivo** .1ª edición. Editorial Paidos.1993.
18. Bolwby J. **El apego y la pérdida** .1ª edición. Editorial Paidos.1993.
19. Cyrunlik B. **Los patitos feos**: La resiliencia una infancia infeliz no determina la vida .Gedisa 2005.
20. Kerker BD, Horwitz .Identification of violence in home: Pediatric and parental reports .**Arch Pediatrics Adolesc Med**. 2000.154; 5; 431-433.
21. McFarlaneJM, Groff. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330, Black, White and Hispanic children .**Pediatrics**.2003 (112)202-207.
22. American academy of child and adolescent Psychiatry. El maltrato infantil; los golpes ocultos. **Pagina electrónica de Internet**. 2006.
23. Foncerrada M, Castañoc. Prevención del maltrato al niño. Posibilidad de identificar a madres potencialmente maltratadoras en el periodo perinatal. **RevMed del IMSS**.1987; 25:373-378.
24. Baeza Herrera, hoque Síndrome del niño maltratado. Espectro de un problema. **Bol Med del Hospital Infantil deMéxico**. 1986; 43:71-77.
25. Academia Mexicana de pediatría. Comité de expertos sobre el maltrato al menor .Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. **Boletín Medico del Hospital infantil de México** 1999; 41: 420-425.
26. Loreda Abdala, Baez M, Perea M. Historia del maltrato infantil en México: Historia del maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica. **Boletín Medico del Hospital Infantil de México**. 2001; Vol. 58(3): 205-215.
27. Ferrer V, Bosch E. Meta –Analytic Study of differential Characteristics Between Batterers non Batterers ; The case of Psychopathology and consumption of Alcoholic and drugs. **PSYKHE** .2004 Vol. 13, No 1, 141-156

- 28 .Moreno M. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. **Anales de Psicología**. 2002, Vol. 18(1)135-150.
29. Perea M, Loredó A. El profesional de salud ante la norma oficial mexicana NOM -190-SSA 1-1999 "Atención Médica de la Violencia familiar ". **Artículo electrónico Internet** .2006.
- 30.- INEGI. Indicadores seleccionados sobre maltrato Infantil 1995 -2004. **Artículo electrónico de Internet**
- 31.- Elisa Leiva. **Kairos, Revista de temas sociales**, Universidad Nacional de San Luis. Año 9-No 16 (Noviembre 2005)
- 32.- Norma M Alexandry.**Reflexiones sobre la adopción**.MC GRAW HILL 1999.
- 33.- INMUJERES.Instituto Nacional de Psiquiatría.**Encuesta nacional sobremaltrato infantil**. Pagina electrónica Internet.2006.
- 34.- Rivero AlgarraAdda. Nivel de conocimiento sobre los indicadores para la detección de maltrato físico infantil que poseen los pediatras y residentes de segundo año del postgrado de de puericultura y pediatría. **Servicio de emergenciadel hospital universitario de pediatría** "Dr. "AgustinZubillaga" 2000.
- 35.- Lara. Nivel de conocimientos de los médicos sobre los indicadores para la detección de maltrato infantil. **Servicio de emergencia del hospital universitario depediatría**"Dr. Agustín Zubillaga".2010.
- 36.- Díaz Huertas. Maltrato infantil y pediatría social.**Boletín pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León** .2007: Vol. 47 317-321.

ANEXO I

CONOCIMIENTOS SOBRE MALTRATO INFANTIL EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA.

CUESTIONARIO.

FECHA:

SEXO: 1.- MASCULINO 2.- FEMENINO.

EDAD: _____

PUESTO: 1.- Medico 2.- Enfermera 3.- Psicólogo 4.- Trabajo social.

TURNO: 1.- Matutino 2.- Vespertino 3.- Nocturno 4.- Jornada acumulada.

ANTIGÜEDAD: AÑOS _____

CURSOS SOBRE MALTRATO INFANTIL: -----

INSTRUCCIONES: Por favor marque con una cruz la (s) respuesta correcta(s) que considere adecuada. Al final firme el documento.

1.- La siguiente es la definición de maltrato físico.

a. Es todo acto en el que una persona, en una relación de poder involucra a un o una menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización.

b. Es toda forma de agresión que pueda causar daño, no accidental, provocando lesiones internas, externas o ambas.

c.- Es todo acto u omisión que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, psicológico o sexual que pueda entorpecer el desarrollo integral del niño o la niña y que sucedas tanto en el ámbito público o privado.

d.- Algunas caricias y expresiones de afecto físicamente inapropiadas como pellizcos en las mejillas, abrazos ahogadores.

2.- Esta es la definición de maltrato Psicológico.

a. Todo acto que en una relación de poder involucra a un menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción.

b. Es toda forma de agresión que pueda causar daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas.

c. Es el daño intencional o no ,que se cause en contra de las habilidades del niño o la niña y que lesione su autoestima ,su capacidad de relacionarse y su habilidad para -expresarse y sentir .

d. El profesional no es capaz de controlar la ansiedad del niño, pierde la paciencia -fácilmente, asume actitudes rígidas y fuertes para llevar a cabo procedimientos dentales sin importarle el estado emocional del niño.

- 3.- Indique usted la definición correcta de abuso sexual.
- Toda forma de agresión que pueda causar daño, no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas.
 - Involucra la privación de satisfactores, para las necesidades básicas del o la menor que le garantizan un desarrollo biopsicoafectivo normal.
 - Todo acto que una relación de poder, involucra a un o una menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene satisfacción.
 - Exponer a un niño o niña a programas con horarios, contenidos violentos o sexuales inapropiados.
- 4.- En la guía de Detección del Maltrato y abuso sexual infantil de la SSDF se consideran como otros tipos de maltrato.
- Abuso sexual, odontológico, educativo, maltrato psicológico.
 - Abuso psicológico, maltrato cariñoso, educativo y familiar.
 - Maltrato cariñoso, en la atención médica, en odontología, televisivo.
 - Abuso sexual, abuso psicológico, educativo, abandono.
- 5.- Los siguientes son signos o indicadores físicos de Maltrato físico.
- Hematomas y/o equimosis en la cara, labios, boca, tórax, abdomen, brazos y piernas.
 - Infecciones de transmisión sexual.
 - Bajas calificaciones escolares.
 - Inasistencias escolares frecuentes e injustificadas.
- 6.- Los siguientes son signos o indicadores de comportamiento de maltrato físico.
- Falta de cuidados básicos en la atención médica u odontológica.
 - Cefaleas constantes.
 - Fracturas inexplicables en diferentes fases de consolidación.
 - Expresiones de abuso con otros niños o niñas.
- 7.- Los siguientes son signos o indicadores físicos de abuso sexual.
- Agresividad o pasividad exagerada.
 - Escasa relación con sus compañeros.
 - Señales de mordeduras humanas.
 - Infecciones de transmisión sexual.
- 8.- El siguiente es un signo o indicador de comportamiento de abuso sexual.
- Temor al contacto físico o a los acercamientos físicos.
 - Se vuelve aprehensivo cuando otro niño o niña llora.
 - Cicatrices en varias etapas de evolución.
 - Pérdida del apetito.
- 9.- Es un signo o indicador físico de maltrato psicológico.
- Desaseo.
 - Roba comida u objetos.
 - Carencia de afecto.
 - Retardo en el desarrollo físico, intelectual y emocional.

- 10.- Este es un signo o indicador de comportamiento de maltrato por descuido.
- No existe horario en hábitos alimenticios, sueño y tareas.
 - Problemas de lenguaje.
 - Fobias.
 - Tiende a beber alcohol o consumir psicoactivos.
- 11.- Los siguientes son signos o indicadores de comportamiento de maltrato psicológico.
- Cambios bruscos de conducta.
 - Somatizaciones.
 - Inasistencias escolares frecuentes e injustificadas.
 - Carencia de afecto.
- 12.- ¿Cuál es la definición de maltrato infantil?
- Es aquel acto que tiene como resultado un daño físico.
 - Acto u omisión que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, psicológico sexual o de abandono que pueda entorpecer el desarrollo del niño o la niña y que suceda tanto en el ámbito público o privado.
 - Es todo acto en donde se priva de satisfactores que garantizan un desarrollo normal.
 - Es el daño intencional en una relación de poder alterando el patrón de desarrollo psicológico y sexual.
- 13.- ¿Cuántos tipos de maltrato conoce?
- Maltrato cariñoso, televisivo, sexual y abandono.
 - Abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico y abandono.
 - Maltrato psicológico, de atención médica, abuso sexual y descuido.
 - Ritualismo, abuso sexual, violación y abandono.
- 14.- Es conducta común del adulto maltratador.
- Sexualiza las manifestaciones de afecto.
 - Actos de generosidad económica.
 - Tienden a ser seductores.
 - Poseen una personalidad rígida.
- 15.- Es frecuente esta conducta en adultos que abusan sexualmente.
- Sienten a su hijo como una propiedad.
 - Cree que el niño o niña disfruta el acto sexual.
 - No pueden dominar impulsos.
 - Humilla en público a la niña (o).

GRACIAS POR PARTICIPAR.