

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO
INSTITUTO DE SERVICIOS PERICIALES DE LA PGJEM



**“DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO EN EL MALTRATO
INFANTIL EN LOS PACIENTES DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE
CIENCIAS FORENSES”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
LEGAL
PRESENTA

M.C. ALHELY DEL SOCORRO MENDOZA COSÍO

DIRECTOR DE TESIS: E. EN M.L. LUZ MARÍA GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

REVISORES: E. EN S.P. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR.
E. EN M.L. LINEET HERNÁNDEZ GAMA.
M. A. M. RICARDO PAULINO GALLARDO DÍAZ.
E. EN M.L. TOMÁS HERNÁNDEZ FIGUEROA.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

**“DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO EN EL MALTRATO
INFANTIL EN LOS PACIENTES DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE
CIENCIAS FORENSES”**

ÍNDICE

Capítulo	Página
I.MARCO TEÓRICO.	1
I.1 Antecedentes.	1
I.1.1 Evolución histórica del maltrato infantil.	1
I.1.2 Edad antigua.	1
I.1.3 Edad media.	2
I.1.4 Edad moderna.	3
I.1.5 Edad contemporánea.	4
I.1.6 Época actual.	6
I.1.7 Antecedentes del fenómeno en el mundo.	6
I.1.8 América latina.	8
I.1.9 México.	10
I.1.10 Jalisco.	12
I.2 Concepto.	13
I.2.1 Definición de maltrato infantil.	13
I.3 Epidemiología.	14
I.3.1 Estadísticas de maltrato infantil.	15
I.4 Etiología.	18
I.4.1 Causas de maltrato infantil.	19
I.4.2 Indicadores de maltrato infantil.	19
I.4.2.1 Indicadores de maltrato físico.	19
I.4.2.2 Indicadores de abuso sexual.	20
I.4.2.3 Indiciadores de abandono.	21
I.4.2.4 Indicadores psicológicos-emocionales.	21
I.4.3 Situaciones condicionantes y desencadenantes de maltrato.	22

I.5 Factores de riesgo.	23
I.5.1 Condiciones de riesgo de los padres.	23
I.5.2 Condiciones de riesgo por embarazo.	23
I.5.3 Condiciones de riesgo en el niño.	23
I.5.4 Condiciones de riesgo e la familia.	24
I.5.5 Condiciones de riesgo en el entorno.	24
I.6 Factores socio económicos.	24
I.7 Factores de vivienda.	24
I.8 Estado civil.	25
I.9 Toxicomanías.	25
I.10 Edad y género.	25
I.11 Factores psicosociales.	26
I.12 Factores Generacionales.	26
I.13 Clasificación del maltrato infantil.	26
I.14 Maltrato físico.	27
I.15 Síndrome de niño zarandeado.	29
I.16 Maltrato psicológico.	31
I.17 Abuso sexual.	32
I.18 Negligencia y descuido.	33
I.19 Maltrato social.	33
I.20 Maltrato contra el niño antes de nacer.	34
I.21 Otras formas de maltrato.	35
I.22 Orientaciones para el diagnóstico	38
II. JUSTIFICACIÓN.	40
II.1 Científico.	40
II.2 Académico.	40
II.3 Social.	40
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	41
III.1 Argumentación.	41

III.2 Pregunta de investigación.	42
IV. HIPÓTESIS.	43
IV.1 Elementos de la hipótesis.	43
IV.1.1 Unidades de observación.	43
IV.2 Variables.	43
IV.2.1 Dependientes.	43
IV.2.2 Independientes.	43
V. OBJETIVOS.	44
V.1 Objetivo general.	44
V.2 Objetivos específicos.	44
VI. METODO.	45
VI.1 Tipo de estudio.	45
VI.2 Diseño de estudio.	45
VI.3 Operacionalización de variables.	45
VI.4 Universo de trabajo.	46
VI.5 Criterios de inclusión.	47
VI.6 Criterios de exclusión.	47
VI.7 Criterios de eliminación.	47
VI.8 Instrumento de investigación.	47
VI.8.1 Descripción.	48
VI.8.2 Aplicación.	48
VI.9 Diseño de análisis.	48
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	49
VIII. RESULTADOS.	50
IX. DISCUSIÓN.	67
X. CONCLUSIONES.	71
XI. RECOMENDACIONES.	73
XII. BIBLIOGRAFÍA.	76
XIII. ANEXOS.	79

RESUMEN

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos y a que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, el maltrato infantil es un problema en los países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

El presente estudio es un trabajo realizado en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en el cual se tomaron en estudio 330 casos de los cuales 220 dieron negativo a maltrato infantil y 110 casos resultaron positivos a este problema. Por medio de un estudio de casos y controles de manera retrospectiva y observacional se aplicó la metodología correspondiente para determinar cuáles factores de riesgo presentes en el maltrato infantil se produjeron en el menor que llevaron a consulta en el Instituto para identificar los factores de riesgo presentes en este grupo de edad.

Se identificó factores de riesgo para el maltrato infantil como lo son el antecedente de maltrato infantil en la persona que ahora resultó ser el agresor, alcoholismo y drogadicción de algún miembro de la familia que convive con el menor agredido, la convivencia con un padrastro, la violencia intrafamiliar y un bajo nivel económico; otros factores se identificaron como factores protectores para no desarrollar maltrato infantil como el tener una familia desintegrada en donde el miembro agresor no convive con la familia y tener un cuidado en la atención médica y social del menor de edad. Datos que fueron comprobados con la bibliografía descrita.

SUMMARY

Child abuse is a hidden problem in many countries, because no data are available because the subject is full of shame and denial. However, child abuse is a problem that occurs in both the developed and developing countries.

This study is a work in the Jalisco Institute of Forensic Sciences in which the study took in 330 cases of which 220 were negative and 110 child abuse cases were positive to this problem. Using a case-control study of retrospective and observational way associated methodology was applied to determine risk factors in child abuse occurred in less than consultation carried at the Institute to identify the risk factors present in this age group.

Risk factors for child maltreatment such as a history of child abuse in the person who now turned out to be the aggressor, alcohol and drug abuse of any family member who lives with the child assaulted, living with a stepfather, identified the domestic violence and low economic status; other factors were identified as protective factors against developing child abuse as having a disintegrated family where the aggressor member not living with family and having a care in the medical and social care of the minor. Data were checked with the literature described.

I.MARCO TEÓRICO.

I.1 ANTECEDENTES.

I.1.1 Evolución histórica del maltrato infantil.

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. El maltrato infantil no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores bio-psico-sociales.

(1)

El menor ha sido objeto de maltrato y/o vejaciones en diferentes y variadas manifestaciones. Se les ha sacrificado para agradar a los dioses, para mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores.(1)

I.1.2 Edad antigua.

En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. (2)

Hace cinco mil años en las escuelas de Sumeria había el “Hombre encargado del látigo” que castigaba a los niños con el mínimo pretexto. (3)

En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. (2)

Eurípides dejó testimonio de que los menores eran arrojados a los ríos, echados en muladares y abandonados en caminos y cerros “presa para las aves ó alimento para los animales salvajes”. (3)

Hasta el siglo IV, ni la ley ni la opinión pública veían nada malo en el infanticidio que se verificaba en Grecia o en Roma. (3)

A las niñas se les valoraba en muy poco, eran más frecuentemente abandonadas o eliminadas en comparación con los varones; fue característico el predominio de la población masculina en occidente hasta mediados de la Edad Media, por ejemplo en 79 familias de ciudadanía Milesia, hacia el año 228 a. de C. habían 118 hijos y 28 hijas. (3)

I.1.3 Edad media.

Existen múltiples evidencias de que los métodos de crianza empleados en casi todos los países y en todas las épocas incluían el castigo corporal, utilizando látigos palos, varillas y otros instrumentos, los ciclos se repetían, los niños golpeados crecían y a su vez golpeaban a sus hijos. La protesta pública era rara, incluso humanistas y maestros que tenían fama de ser bondadosos como Petrarca y Pestalozzi, aprobaban el castigo corporal de los niños. Una ley del siglo XIII dio carácter público al castigo corporal de los niños “si se azota a un niño hasta hacerle sangrar, el niño lo recordará, pero si se le azota hasta causarle la muerte, se le aplicará la Ley”. Durante el Renacimiento se aconsejaba moderación en los castigos corporales, pero aprobaban los azotes “sabiamente administrados”. (3)

En contraparte un fraile dominico del siglo XIV aconsejaba la necesidad de refrenar los impulsos de los menores mediante azotes frecuentes que habrían de aplicarse desde los tres años de edad y mientras lo necesitaran hasta la edad de 25 años. (3)

I.1.4 Edad moderna.

Hay claros indicios de que a principios de la Edad Media, ya sea por selección u omisión, había infanticidios de niñas, de hijos ilegítimos, de minusválidos y de retrasados mentales. (3)

El adagio bíblico “prescinde del castigo y malcriarás al niño” se convirtió hacia el siglo XV en el proverbio “quien no usa de la vara odia a su hijo”. El Rey Enrique IV, recomendaba que a su hijo el delfín se le dieran azotes con frecuencia y él mismo no vacilaba en darles bofetones personalmente. (3)

El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Asimismo, un rey de Suecia llamado “Aun” sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. (2)

San Agustín, con su imagen distorsionada del niño como un ser imperfecto y malévolos, influye notablemente en la educación del siglo XVII, pasando el castigo corporal a ser indispensable en el trato del niño. (4)

La creencia de que los niños tenían una tendencia natural a convertirse en seres absolutamente malvados fue una de las razones para que desde recién nacidos se les atara y colocaran fajas apretadas, múltiples generaciones lo hicieron así y vieron impasibles protestar a sus hijos a gritos porque carecían de la capacidad para sentir empatía por ellos. (3)

Mauriceau manifestaba tres razones para justificar las tajaduras; asegurarse de que el niño aprendiera a tomar una postura humana; protegerle de su debilidad, pobre coordinación y posibilidad de dislocarse una extremidad con sus movimientos incontrolados y en algunos casos mantenerlos abrigados

por efectos del clima. Las fajas debían mantenerse hasta los 9 a 13 meses de vida. (3)

Era común que las madres confiaran sus hijos a nodrizas o amas de cría durante los primeros dos o tres años de vida y luego se sintieran afligidas cuando los niños no querían regresar a casa sin poder comprender el por qué. (3)

Otra forma de abandono era utilizar a los niños como rehenes políticos o como prenda por deudas, práctica que se remonta a la época babilónica. Hay pruebas contundentes de que tanto el abandono como el asesinato de niños se daban en casos de bastardía, que en el siglo XVII era considerada como una deshonra social. (3)

I.1.5 Edad contemporánea.

A mediados del siglo XVIII Auguste Ambroise Tardieu describió los primeros caso de abuso infantil en su libro “Etude Médico-Legale sur les Attentats aux Moeurs”, lo cual provocó grandes controversias. (5)

Margaret Lynch describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña MaryEllen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. (2)

Se sabe que el infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos se practicaba normalmente en la antigüedad, que el de hijos legítimos se redujo ligeramente en la Edad Media y que se siguió matando a los hijos ilegítimos hasta mediados de él Siglo XIX. (3)

En 1780 el Jefe de Policía de París estimaba que de los 21 mil niños nacidos cada año en esa ciudad, 17 000 eran enviados al campo con nodrizas y sólo

700 eran criados por sus propias madres. Aunque hubo muchas excepciones a la regla, más o menos hasta el siglo XVIII, el niño medio de padres acomodados pasaba sus primeros años en la casa de una ama de cría, volvía a su hogar para permanecer al cuidado de otros sirvientes y salía a la edad de siete años para servir, aprender un oficio o ir a la escuela, de modo que el tiempo que los padres dedicaban a criar a sus hijos era mínimo. (3)

En 1890 todavía se veían con frecuencia niños muertos en las calles de Londres. Es posible que la forma más corriente de infanticidio fuera simplemente no dar alimento al niño, por descuido o deliberadamente. (3)

El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad. (2)

Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. (1)

Desde hace varias décadas se han manejado cifras verdaderamente alarmantes de niños que son objeto de la violencia de sus padres, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema. Los estudios realizados en E.U. por Kempe y Silverman en 1985 indicaron que en 6 de cada 1 000 nacimientos se pueden presentar malos tratos, lo que daría un número total de 30 mil a 50 mil niños maltratados por año en aquel país. Más recientemente aún se sabe que los casos de maltrato infantil han alcanzado la cifra de 24 millones al año. (1)

I.1.6 Época actual.

En la actualidad se mantiene vigente el problema. Millones de niños viven sometidos a trabajos forzados, prostitución, hambre, frío, mendicidad, careciendo de educación y atención médica por irresponsabilidad social y familiar, y se agrava constantemente la situación por el empeoramiento de las condiciones de vida, incremento de la pobreza, drogadicción, alcoholismo y delincuencia, sometiéndosele cada vez más a violentas formas de castigo corporal físico, o a las más sutiles torturas psicológicas, negligencias y negación de sus más elementales derechos. (4)

I.1.7 Antecedentes del fenómeno en el mundo.

El Maltrato Infantil es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: “El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad”. (2)

El Maltrato Infantil se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores bio-psico-sociales. (2)

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o

por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado. (2)

Al analizar los países industrializados, obviamente ha de considerarse en primer lugar Estados Unidos. En este país se cuenta con un registro de casos notificados, lo cual permite establecer cifras cercanas a la realidad. Se señala que en 1987 ocurrieron alrededor de 2.2 millones de episodios documentados sobre alguna forma de violencia en niños. Esta cifra presenta un incremento de 225% a partir de lo descrito en 1976. (6)

En Inglaterra y País de Gales se ha hecho una enorme propaganda del problema en los últimos dos decenios, especialmente en el aspecto de abuso sexual. En Francia no existen cifras confiables en cuanto al número de niños maltratados por año. Sin embargo se han comunicado datos que señalan que alrededor de 400 a 700 muertes por este problema al año y una de cada 200 admisiones hospitalarias son consecuencia de agresión al menor. (6)

Suiza es un país que se ha preocupado por proteger a los niños en todos los sentidos. Cualquier persona que tenga el conocimiento de que un menor de 18 años sufre de algún tipo de maltrato en su hogar o en cualquier otro lugar, tiene la obligación de informarlo al Social Welfare Committee. (6)

En Japón la historia de maltrato infantil se remonta al siglo VII. Sin embargo, en la época moderna el número de casos que se informa es muy bajo en comparación con otros países. La posible explicación para este hecho es que en esta sociedad hay pocas familias de un solo padre y también existen muy pocas de nivel socioeconómico bajo. Asimismo el número de embarazos entre parejas jóvenes es muy reducido. (6)

En Hong Kong es característica la excesiva disciplina impuesta a los menores. En esa sociedad hay la idea de que el niño mayor debe obediencia absoluta al adulto y debe cuidar de él durante la vejez. (6)

En África no se ha efectuado un análisis completo que permita conocer la realidad del problema de maltrato a menores y tampoco se ha vigilado de manera periódica a los niños agredidos. (6)

En Egipto se tiene la idea de que probablemente exista un nivel de maltrato inferior al de los países desarrollados, pero no se cuenta con trabajos que permitan confirmar tal aseveración. (6)

En Pakistán como en otras naciones de bajo desarrollo, a partir de 1979 se han implementado programas relativos a este tema, ya que ese país no cuenta con cifras confiables acerca del número de niños que sufren maltrato. Sin embargo entre 1985 y 1986 la población de 10 a 14 años constituía 12.5% de la población total del país; de ese porcentaje 3.72% formaba parte de la fuerza de trabajo. Esto quiere decir que tales niños no asisten a la escuela y que no han terminado la educación básica, por lo tanto constituyen un grupo marginado muy propicio para ser agredido por su bajo nivel educacional. (6)

I.1.8 América latina.

Brasil es uno de los países de esta parte del mundo que presenta mayor problema al respecto del maltrato infantil. La población mayoritaria de Brasil está compuesta por 62 millones de personas menores de 19 años y de estas 58% proviene de familias cuyo ingreso mensual per capita es cuatro veces menor al considerado como mínimo, por lo que esta población se considera pobre. De ese grupo de edad, 20% ha sido abandonado o separado de las familias y vive en las calles. A todo lo anterior, hay que agregar violencia política, prisión ilegal de ciudadanos, tortura, permanente amenaza de muerte. En el programa de asistencia Legal para el menor se ha registrado que entre 1988 y 1989 se atendieron 800 niños que fueron víctimas de violencia. (6)

En algunos países centroamericanos como resultado de la guerra y la violencia política, han fallecido aproximadamente 160 000 adultos independientemente del estado de extrema pobreza en que ha quedado 40% de 12 millones de personas. Aproximadamente 1 600 000 individuos que constituyen 10% de la población, de la cual la mitad está formada por niños, se han convertido en refugiados. (6)

En América Latina y el Caribe, las investigaciones realizadas indican que, con una población de más de 190 millones de niños, es una de las regiones que posee los mayores índices de violencia, que afectan principalmente a mujeres, niños y niñas. (7)

Según el estudio del Secretario General mencionado, en la región la violencia contra los menores de edad al interior de las familias se manifiesta principalmente a través del castigo físico como una forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica. (7)

Una de las principales fuentes de información sobre el maltrato infantil son las denuncias que se realizan en diversas instituciones, como en los servicios sociales, policías, hospitales y servicios que atienden a niños y niñas. Sin embargo las denuncias dan cuenta solo parcialmente de la realidad del maltrato, y se considera que las cifras disponibles son sólo la punta del iceberg del real problema de la violencia en la familia, lo que implica que el problema tiene una magnitud oculta a la que no es posible acceder por esta vía. (7)

A partir de la década de los 90's, comienzan a implementarse en América Latina estudios en la población, de modo de poder tener cifras que se acerquen a la realidad del fenómeno y se puedan superar las limitaciones que presentan las denuncias por el alto número de casos que estas no registran. (7)

En un estudio de prevalencia del maltrato hacia niños, niñas y adolescentes en la familia realizado en Paraguay, es un aporte significativo para conocer la real dimensión del maltrato infantil, sus principales manifestaciones y los factores de riesgo asociados a su ocurrencia, con esta información se podrán diseñar políticas públicas que tengan por finalidad abordar este grave problema, diseñar estrategias de prevención y generar una respuesta institucional para entregarle apoyo a las víctimas. (7)

I.1.9 México.

En las diversas etnias indígenas del México prehispánico se sacrificaban menores de ambos sexos, no por maltrato sino para agradar o agradecer a una deidad por algún beneficio a la comunidad; por otro lado, a los Dioses se les llevaban ofrendas para pedir por la protección de los hijos, cuidaban su desarrollo y era escaso o casi nulo el abandono de los niños. Curiosamente es en la época pos colombina cuando aparecen los menores abandonados y los huérfanos sin protección y desde la colonia surgen diversas instancias protectoras a favor de la niñez aunque ninguna con propósitos claros de evitar o proteger a los infantes de las agresiones y el maltrato. (3)

Aunque se sabe que en las diversas etnias prehispánicas se sacrificaban niños y adolescentes de ambos géneros, el objetivo básico no era maltratar a los mismos como actualmente se concibe, sino que se deseaba agradar o agradecer a una deidad para que la comunidad obtuviera un beneficio colectivo. Ello explica que los individuos escogidos para el sacrificio acudieran convencidos a su infausto destino, bajo la creencia de que ello sería causa de su felicidad en la otra vida. (8)

Los grupos mazahuas obligaban al niño desobediente a mantener la cabeza inclinada sobre el humo que se producía al quemar chiles secos. En las sociedades guerreras como las mexicas existían castigo como la colocación

de púas de maguey por desobediencia, quemaduras del pelo cuando el niño mentía, limitación de alimentos al ladrón y largas jornadas de trabajo. (8)

Entre los aztecas no había niños desposeídos, a pesar de que un buen número de ellos quedaban huérfanos debido a la elevada mortalidad de progenitores varones en virtud de su actividad guerrera. Las damas ricas, de la nobleza o ambas, se encargaban de ellos para la satisfacción de sus necesidades; en caso de disolución del matrimonio los niños se quedaban al cuidado de la madre, si eran mayores se les daba derecho a escoger a quién querían seguir o finalmente, las niñas quedaban con la madre y los varones con el padre. (8)

En la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades y así recibir favores de los mismos como la llegada de la lluvia de manera abundante y a tiempo. (8)

Se toma plena conciencia en México del problema entre la comunidad médica cuando aparece publicado el trabajo de Riojas y Manzano. Quienes emulando a Caffey, detectaron los casos a través de estudios radiográficos. (8)

Por la misma época en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el grupo de salud mental analizaba los diversos aspectos del tema. Loredó-Abdalá y Reynés publicaron los casos que se habían presentado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) durante 14 años. Se formó el grupo “Clínica de Atención Integral al niño Maltratado” del INP y la UNAM (CAINM-INP-UNAM). (8)

I.1.10 Jalisco.

Se han realizado estudios de la población atendida por el Programa de Prevención del Maltrato al Menor del Sistema DIF Jalisco durante los años de 1995, 1997 y 2001. En los cuales se ha observado que agreden más a niñas de 5 a 9 años, pero se encuentra prácticamente en un triple empate con niños de uno a cuatro, así como de diez a catorce. (9)

Es muy común que el maltrato se presenta prácticamente durante toda la infancia. Se ha registrado que hay más violencia contra niñas que contra niños. Se ha visto que el maltrato durante los dos primeros años fue de maltrato físico y emocional, tal vez porque es el más evidente o consciente de los maltratos y generalmente van unidos a golpes con agresiones de tipo psicológico que le acompañan. (9)

En el año 2001 se observó que Guadalajara sigue ocupando el primer lugar del total de reportes, pero Tlaquepaque se coloca en la segunda posición y en tercer lugar Tonalá. (9)

I.2 CONCEPTO.

I.2.1 Definición de maltrato infantil.

Es primordial establecer una definición adecuada del Maltrato Infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados, pues además es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema. (2)

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, a partir de la primera emitida por Kempe en 1962. (2)

Henry Kempe definió inicialmente como “El uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”. (2)

Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del Maltrato Infantil; para Wolfe es “La presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)”. (2)

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”. Kieran y O’Hagan hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: “Es la respuesta emocional inapropiada,

repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (Miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social”. (2)

El maltrato psicológico en cambio es “la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social”. (2)

I.3 EPIDEMIOLOGÍA.

Estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es considerado por la Organización Mundial de la Salud un problema multicausal de salud pública en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que los rodea y un estímulo disparador de la agresión. (10)

En los países europeos ocurre con una frecuencia de 1.6%. Se estima que por cada caso conocido existen nueve más no registrados. En Estados Unidos de América, el 10% de las lesiones físicas en niños son debidas a traumatismos no accidentales, que causan 4 millones de muertes cada año.

El departamento de los servicios humanos y de salud de ese país informa que entre 5 a 17 niños de cada 100,000 son asesinados por sus padres. (10) En México el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, informa 23,000 casos de niños maltratados cada año de 1995 a 1999, se desconoce el número de muertes atribuidas a este fenómeno. (11)

En Colombia, país en vías de desarrollo con ambiente inapropiado para la crianza y educación y con patrones culturales que subvaloran a la niñez, la conservación del menor en un objeto para satisfacer las necesidades económicas o sexuales ocasiona que el niño y la niña maltratados intencionalmente se conviertan por si solos en un problema médico social. (11)

I.3.1 Estadísticas del maltrato infantil.

Desde hace varias décadas se han manejado cifras verdaderamente alarmantes en niños que son objeto de violencia de sus padres, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema. UNICEF, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Procuraduría General de la República, Defensoría del Pueblo, ICBF) ilustran la magnitud del problema. (11)

De los niños que nacen, 17% no reciben atención en salud. Aproximadamente 35 mil niños desarrollan su vida en la calle; cerca de 75% de ellos manifiesta haber sufrido maltrato en su familia y 37% de ellos lo reconocen como factor principal de su evasión del hogar. Dos millones quinientos mil niños trabajan anualmente. El 80% de la violencia nacional es intrafamiliar. En promedio cada hora en Colombia un menor de edad es maltratado. En promedio diario mueren 15 niñas y niños por situación de violencia. En todo el país de los 59.770 casos reportados en 2004 a Medicina

Legal, 9.847 corresponden a maltrato infantil. En 2001 veinticinco mil niños fueron víctimas de explotación sexual. (11)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reporta en el periodo 2002, 2003 y 2004 para el estado de Jalisco en materia de maltrato infantil lo siguiente:

**INDICADORES SELECCIONADOS SOBRE MALTRATO INFANTIL DE
1995-2004 A NIVEL NACIONAL**

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
% de casos comprobados de denuncias recibidas por maltrato infantil.	73.9	58.3	66.4	62.8	56.1	61.3	53.1	56.4	62.8	59.2
% de casos comprobados de maltrato infantil presentados ante el ministerio público.	ND	ND	ND	14.5	14.0	19.4	21.0	24.2	19.0	17.1
Índice de femineidad de menores atendidos por maltrato infantil (niñas por cada 100 niños)	ND	ND	ND	94	100	101	97	97	103	103

Nota: cifras enero-diciembre.

° Cifras corregidas por actualizaciones de los DIF estatales en 2005.

ND: no disponible.

FUENTE: DIF dirección de asistencia jurídica. Subdirección de asistencia jurídica y adopciones. Programa de prevención del Maltrato del Menor (PREMAN).

**DENUNCIAS RECIBIDAS Y DENUNCIAS COMPROBADAS EN EL AÑO
2002, 2003, 2004 EN EL ESTADO DE JALISCO.**

ENTIDAD FEDERATIVA	2002°		2003°		2004	
	DENUNCIAS RECIBIDAS	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPRUEBA EL MALTRATO	DENUNCIAS RECIBIDAS	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPRUEBA EL MALTRATO	DENUNCIAS RECIBIDAS	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPRUEBA EL MALTRATO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	24 563	13 855	32 218	20 236	38 554	22 842
JALISCO	0	0	1 173	939	868	1 071

Nota: cifras enero-diciembre.

° Cifras corregidas por actualizaciones de los DIF estatales en 2005.

ND: no disponible.

FUENTE: DIF dirección de asistencia jurídica. Subdirección de asistencia jurídica y adopciones. Programa de prevención del Maltrato del Menor (PREMAN).

**DENUNCIAS COMPROBADAS DE MALTRATO INFANTIL Y DENUNCIAS PRESENTADAS
ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2002, 2003, 2004.**

ENTIDAD FEDERATIVA	2002°		2003°		2004	
	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPRUEBA EL MALTRATO°	DENUNCIAS PRESENTAD AS ANTE EL MINISTERIO PUBLICO°	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPRUEBA EL MALTRATO°	DENUNCIAS PRESENTADAS ANTE EL MINISTERIO PUBLICO°	DENUNCIAS EN LAS QUE SE COMPRUEBA EL MALTRATO°	DENUNCIAS PRESENTADAS ANTE EL MINISTERIO PUBLICO°
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	13 855	3 355	20 235	3 839	22 842	3 917
JALISCO	0	0	939	112	1 071	53

Nota: cifras enero-diciembre.

° Cifras corregidas por actualizaciones de los DIF estatales en 2005.

ND: no disponible.

FUENTE: DIF dirección de asistencia jurídica. Subdirección de asistencia jurídica y adopciones. Programa de prevención del Maltrato del Menor (PREMAN).

I.4 ETIOLOGÍA.

Los estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato Infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión. Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre. Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez. En relación con las características del menor agredido, frecuentemente se presentan: problemas de salud (congénitos o adquiridos); niños hiperactivos, en su difícil manejo, con bajo rendimiento escolar, y generalmente, hijos no deseados. El disparador de la agresión puede ser una mala relación de pareja, problemas económicos, desempleo, vivienda inadecuada, etcétera. Santos, citando a De Paul y Arruabarrena menciona las características físicas y conductuales de los niños con síndrome de maltrato infantil, así como de sus agresores. (2)

Muchas hipótesis se han propuesto en relación con las peculiaridades de los niños maltratados y de los padres o sustitutos maltratadores. Se han considerado como predisponentes los factores socioculturales, el haber sido golpeado cuando niño, el aislamiento social, la autoimagen deteriorada, el pánico procreativo ambivalente y la facilidad de expresión de los impulsos agresivos. (11)

El maltrato empieza en el embarazo con el hijo indeseado y rechazado, lo cual se acentúa por la falta de cuidados médicos y el estrés psicológico excesivo. Sigue durante el parto por falta de preparación y ansiedad, que dificulta el nacimiento. Se intensifica en la primera infancia por ausencia de

alimentación materna y afecto y por falta de estimulación sensorial. En esta etapa, inclusive ocurre maltrato evidente. Durante la época preescolar el maltrato es más frecuente como castigo físico, agresión verbal, avergonzar y actos sexuales traumatizantes que constituyen un ambiente inadecuado para el desarrollo integral. (11)

En la edad escolar, la inestabilidad del hogar, un deficiente apoyo a la escolaridad, una carencia recreativa y de estímulos culturales son algunas de las formas de maltrato que inciden en el fracaso escolar y desadaptación social tan frecuentes en el niño. (11)

I.4.1 Causas de maltrato infantil.

En la práctica médica diaria la detección de maltrato requiere la búsqueda activa de indicadores; sin embargo, no es frecuente que éstos sean requeridos como motivo de consulta. Además no existen signos patognomónicos ni excluyentes como elementos para el diagnóstico diferencial respecto a otras causas de violencia. Así mismo, el temor del médico a verse involucrado en un proceso que podría tomar curso legal, dificulta el proceso de diagnóstico.

En el examen físico del niño, es importante buscar, constatar o descartar la presencia de signos sugerentes de maltrato. (4)

I.4.2 Indicadores de maltrato infantil.

I.4.2.1 Indicadores de maltrato físico.

Podemos comenzar a sospechar un maltrato infantil, cuando en la anamnesis se aprecia un retardo inexplicable en la consulta médica, discrepancia en el relato de los padres y entre este y las características de las lesiones, explicaciones excesivas incoherentes, actitudes defensivas o también antecedentes de lesiones inexplicables anteriores. (4)

Se pueden observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidad de la región; signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal con daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas. Estas lesiones que generalmente son múltiples no están ubicadas en el rango de lo posible para un menor, bien por su localización poco habitual, por su mayor frecuencia e intensidad o porque se trata de lesiones aparentemente inexplicables o que no corresponden a las explicaciones dadas por los padres o el niño. (12)

En casos de maltrato crónico, las lesiones descritas pueden coexistir con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales (8)

I.4.2.2 Indicadores de abuso sexual.

Ante toda laceración o daño que no se explique claramente como accidental se debe sospechar de abuso sexual, al igual que cuando se presentan enfermedades de transmisión sexual en un niño o preadolescente.

Ausencia de información, un gran silencio alrededor de un niño triste, huraño, con retardo de su desarrollo general. (4)

Las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado (en niñas) dificultad para caminar, rastros de semen, y en etapas más tardías, prurito e infecciones frecuentes y masturbación. Es común que el abuso sexual sostenido ocurra como un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física. (12)

I.4.2.3 Indicadores de abandono.

Descuido en la alimentación, en la higiene y la ropa, dermatitis de pañal crónica, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas, defectos sensoriales no compensados) o bien, ausencia del control y de los cuidados médicos rutinarios. Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado por la escasez de recursos y las dramáticas condiciones de vida que impone la extrema pobreza. Otro elemento a considerar son las dificultades que las familias en condiciones de aislamiento geográfico y social tienen que enfrentar para acceder a la atención médica. (8)

I.4.2.4 Indicadores psicológicos y emocionales.

La detección de estos indicadores debe realizarse mediante la observación, durante la consulta, de la conducta del niño y del adulto que lo acompaña, así como valorando la calidad de la relación entre ambos; además, se debe hacer una búsqueda sistemática de información acerca de la ocurrencia de maltrato. La obtención de esta información es compleja, no sólo por el ocultamiento y la negación de los adultos temerosos de un castigo legal o de la censura social, sino también porque el propio niño puede negar el abuso por temor, por un sentimiento de lealtad hacia su familia o porque piensa que no le van a creer. El secreto del que participan también el niño y otros miembros de la familia, permite la manipulación de la dependencia afectiva de los niños por parte del adulto responsable. La dificultad es aún mayor en los casos de abuso sexual, aunque a menudo es posible obtener información de manera indirecta o de testigos ajenos a la familia. (4)

Algunos indicadores psicológicos o emocionales de maltrato están dados por lo siguiente:

1. Es frecuente observar en el niño conductas de temor y retraimiento o bien, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o técnico que presta la atención.
2. Las explicaciones del adulto son generalmente vagas, mínimas y en abierta contradicción con los hallazgos
3. Puede observarse falta de interacción y contacto, así como una excesiva dependencia a algunas conductas del adulto que caracterizan al maltrato emocional: descrédito, ridiculización, descalificación, amenazas, indiferencia, o bien, rechazo explícito o implícito.
4. Bajo rendimiento escolar. (4)

I.4.3 Situaciones condicionantes y desencadenantes de maltrato.

Cuando existen antecedentes o el médico detecta durante la exploración indicadores que permiten suponer la existencia de maltrato, debe preguntarse sistemáticamente por:

- 1.- *Las condiciones predisponentes:* Estas se pueden encontrar en los padres, los cuidadores, el propio niño y la familia, y han sido descritas como factores de riesgo. Es importante investigar la existencia de situaciones tales como: si el niño trabaja si asume responsabilidades desproporcionadas, si es llevado a consulta por adultos distintos al cuidado habitual o si hay cambios frecuentes de cuidadores. (13)
- 2.- *Los factores o condiciones desencadenantes del maltrato:* Estos pueden manifestarse como crisis generadas por eventos vitales estresantes (separaciones, duelo, encarcelamiento, patologías, desvinculación sociocultural disruptiva). Asimismo se pueden presentar cuando la acumulación de circunstancias demandan respuesta de la familia y superan su capacidad de resolver conflictos en forma no violenta (periodos de especial vulnerabilidad, cesantía, pobreza, estrés laboral)
(5)

I.5 Factores de riesgo.

El nivel o la condición de riesgo, que va desde la mayor vulnerabilidad a la mayor protección, depende de la presencia tanto de factores de riesgo como de los mecanismos y factores protectores que interactúan en cada familia; ello determina la mayor o menor probabilidad de que ocurra maltrato. Las condiciones de riesgo para la presencia de maltrato pueden originarse en los padres, el embarazo, el niño y las características de la convivencia familiar, incluyendo aspectos sociales y culturales relacionados con la violencia: (11)

I.5.1 Condiciones de riesgo de los padres:

1. Padres maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia.
2. Madre adolescente, de bajo nivel de escolaridad, con insuficiente soporte conyugal, familiar y social.
3. Padres o personas a cargo del cuidado del niño que padecen patología psiquiátrica, alcoholismo o adicción.
4. Padres con baja tolerancia al estrés.

I.5.2 Condiciones de riesgo por embarazo:

1. Embarazo no deseado (antecedente de intención de interrumpir el embarazo, rechazo al embarazo y deficiente autocuidado).
2. Depresión post parto.

I.5.3 Condiciones de riesgo en el niño:

1. Recién nacido con malformación o prematurez.
2. Hospitalización precoz prolongada.
3. Niño portador de patología crónica.
4. Niño con discapacidad física o psíquica.
5. Niño con conducta difícil.
6. Niño escolarizado inasistente, de bajo rendimiento o fracaso escolar.
7. Niño de la calle.
8. Niño de la frontera.
9. Maltrato étnico.

I.5.4 Condiciones de riesgo en la familia:

1. Familias con antecedentes de conducta violenta.
2. Familias con procesos psiquiátricos.
3. Familias en etapa de desintegración.
4. Familias con antecedentes de alcoholismo.
5. Familias desintegradas.

I.5.5 Condiciones de riesgo en el entorno:

1. Condiciones de vida difíciles, marginación, cesantía, pobreza.
2. Aceptación cultural de la violencia.
3. Ausencia de redes sociales de apoyo a la comunidad. (8), (11)

1.6 Factores socioeconómicos.

Está muy claro que el fenómeno de maltrato puede ocurrir en cualquier situación o estrato socioeconómico. En años pasados se tenía la idea de que el fenómeno era exclusivo de la población socioeconómica débil. La creencia derivó de que en los hospitales y agencias que informan estos casos, primordialmente reciben a personas y familias de condición socioeconómica precaria, y en contraparte, es muy probable que las familias de clase media o alta tengan la facilidad de enmascarar el cuadro clínico, ya sea dentro de la misma familia o en ocasiones en colaboración “o intencionada” de algún médico. (14)

1.7 Factores de vivienda.

La inestabilidad económica habitualmente se traduce en un tipo de vivienda deplorable. Cuando las habitaciones carecen de los servicios mínimos indispensables, se propicia un ambiente poco atractivo por las restricciones de espacio; hay agresividad visual, hacinamiento, etc., que en algunos individuos favorece el desarrollo de una personalidad agresiva o negativa, como adicciones al tabaco, alcohol y sustancias o bien prostitución, narcotráfico o crimen organizado. (14)

1.8 Estado civil.

En estudios previos, los autores han detectado una anormalidad en la integración de las familias. Se dice que la situación familiar inestable o reconstituida favorece el fenómeno de maltrato como factor agregado o agravante. (8)

1.9 Toxicomanías.

El alcoholismo o adicción a diversos tipos de sustancias en algún miembro del núcleo familiar pueden constituirse como generadores de violencia; son situaciones bien demostradas en todas las sociedades del mundo. Los autores observaron que 49 personas que formaban parte de 121 familias con el problema de maltrato, presentaban alguno de estos rasgos, como alcoholismo, adicción a marihuana e inhalación de cemento o solvente. Por desgracia la población mexicana no está exenta de este tipo de factores que de una u otra manera contribuyen a incrementar el riesgo de violencia y maltrato infantil en el núcleo familiar. (14)

1.10 Edad y Género

La edad de agresor al parecer no es un factor que se relacione al comportamiento anormal frente de los hijos. Cabe suponer que padres muy viejos o muy jóvenes son los que menos toleran a los hijos, sin embargo la experiencia de los autores señala que los agresores tienen un promedio de edad entre los 26 a los 30 años. Un grupo etario merece una consideración especial y es el de las madres adolescentes, que muchas al ser agredidas por su familia refuerzan la posibilidad de agredir a su hijo, la literatura señala que el principal agresor es la mujer y de ellas la madre. También puede ser el padre. También es necesario considerar a otros familiares, como las temidas madrastras y padrastros, menos frecuente abuelo, tíos y a veces algún hermano mayor. (15)

1.11 Factores Psicosociales.

La escolaridad, es muy factible que sujetos de condición socioeconómica baja tengan un grado de escolaridad mínimo, se ha demostrado que este puede ser variable, al igual que la pobreza, una deficiente preparación académica condiciona desconocimiento en la atención de un recién nacido o de un niño de otra edad. La ocupación, probablemente por la inestabilidad ocupacional de los padres constituya un factor muy importante en la génesis del maltrato, a escasa remuneración laboral, el horario, la aceptación de actividad, son algunos factores que predisponen inseguridad, lo cual influye en la génesis del comportamiento del agresor. (15)

1.12 Factores Generacionales.

Una investigación reciente de Kauffman y cols. reveló que parientes de primero y segundo grado de niños maltratados y deprimidos presentan altas tasas de depresión, suicidio y comportamiento agresivo. (16)

En humanos la transmisión de violencia de una generación a otra ha sido muy estudiada y hoy en día queda claro que las víctimas de violencia en la niñez son más propensas a ser violentos con sus propios hijos. (16)

1.13 Clasificación del Maltrato Infantil.

G. Gulotta alude que el maltrato presenta un conjunto de significados extremadamente amplios, que aluden a un complejo espectro de comportamientos sobre los cuales se pueden producir zonas muy amplias de superposiciones y coincidencias, ellos son: a) agresión física, b) violencia sexual, c) negligencia en la alimentación y salud, d) violencia psicológica, e) abandono físico, f) abandono emocional. (14)

Para Kempe, la referencia al maltrato infantil supone la existencia de cuatro categorías que lo clasifican: violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual. (14)

La situación de maltrato infantil encontrada en 1991 por un grupo de expertos de diferentes regiones del país condujo a conformar un grupo de consenso coordinado por la Defensoría del Pueblo. (6)

Este grupo, luego de analizar características culturales, sociales, médicas, legales, laborales y religiosas, entre otras, presentó una propuesta de clasificación del síndrome orientada a diseñar y desarrollar un sistema de información nacional que permitió registrar los casos y seguirlos, diferenciarlos por tipo y sirvió como punto de encuentro de los investigadores con la finalidad de unificar la terminología y el concepto de niño permitiendo comparar los resultados de las investigaciones y las experiencias de intervención. (6)

Esta propuesta de clasificación, que sigue en uso, comprende las siguientes categorías: maltrato físico (síndrome de niño sacudido), maltrato psicológico, abuso sexual, negligencia y descuido, maltrato social y maltrato contra el niño antes de nacer (abuso fetal). (5)

Otras formas menos comunes Síndrome de Münchausen, niños de la guerra, niños de la calle, maltrato étnico, abuso de tipo ritual o religioso. (5)

I.14 Maltrato físico.

El maltrato físico constituye el tipo de maltrato más conocido. Se entiende como maltrato físico toda agresión infligida por un adulto, producida por el uso de la fuerza física no accidental que produzca una lesión que supere el enrojecimiento de la piel. Se considera maltrato físico, también el uso de cualquier instrumento para golpear a un niño. (14) El golpe directo como lesión personal es la causa más frecuente de consulta por maltrato en las salas de urgencias y suele ocurrir por ira, castigo o asalto deliberado que puede llegar al asesinato. Los instrumentos y medios utilizados son variados y dependen del “ingenio” del autor. (5).

Las lesiones pueden ser causadas por:

1. Elementos de los usados comúnmente en los hogares.
 - a. Armas mecánicas como las de fuego, contundentes y cortas punzantes.
 - b. Elementos físicos como el frío, el calor y la inmersión en líquidos.
 - c. Elementos químicos y farmacológicos, que incluyen sobredosificación de medicamentos y tóxicos.
 - d. Elementos biológicos como virus, bacterias y animales, que causan enfermedades infectocontagiosas o heridas por mordeduras.

En una relación de respeto nadie debe traspasar los límites de la intimidad de otra persona sin su consentimiento, excepto en el caso de los cuidadores cuando este traspaso tienen como finalidad el cuidado. (5)

De la definición se desprenden algunas observaciones adicionales que deben ser tenidas en cuenta en el momento de evaluar un niño con posible maltrato físico. La primera de ellas tiene que ver con el concepto de accidente. Este depende de la intencionalidad del hecho, lo cual es difícil de determinar, para lo cual se debe evaluar el contexto y los posibles factores de riesgo existentes cerca del momento del hecho. (14)

La segunda consideración hace referencia al eritema como manifestación de agresión puesto que para que un eritema producido por un golpe ocurra se requiere haber activado los receptores de dolor como primer mecanismo de defensa del organismo contra la agresión. (14)

La tercera consideración tiene en cuenta el uso de instrumentos para agredir al niño, lo cual constituye un indicador de alto riesgo para incrementar la intensidad de la lesión y refleja generalmente escaso control por parte del agresor o una intencionalidad para agredir, lo cual constituye un delito. (14)

Estos niños pueden presentar lesiones repetidas o historias de consulta frecuente por trauma. En algunos casos se observa reticencia en la información sobre el niño, fácil pérdida de control e incapacidad para comprender la gravedad de las lesiones o subestimarlas. (5)

Las contusiones suelen ser la forma más frecuente de presentación de maltrato y levantan sospechas cuando aparecen localizadas en glúteos, espalda, tercio proximal de brazo y piernas, palmas y pies, cuello, cuero cabelludo y genitales. También se debe sospechar cuando aparecen múltiples hematomas o en niños menores de un año. Y otra es la presencia de lesiones de diferentes periodos evolutivos. (5)

Las demás lesiones deben generar sospecha. De allí la importancia de identificar el mecanismo de ocurrencia de la lesión. De los tipos de maltrato físico los más conocidos hacen referencia a lesiones cutáneas, de tejidos blandos, vísceras y sistema óseo de diferentes partes del cuerpo, quemaduras y el abuso sexual como un tipo especial de maltrato. (5)

I.15 Síndrome de niño zarandeado.

También conocido como síndrome de niño sacudido, constituye uno de los tipos de maltrato infantil más graves, con mortalidad cercana al 40% y 70% de secuelas. Se estima que en Estados Unidos 10% de los niños con amaurosis bilateral fueron víctimas del síndrome, y 50% de las muertes por maltrato infantil se atribuyen al zarandeo de los niños. Los niños con mayor riesgo de sufrir secuelas o muerte por este síndrome son los menores de dos años de edad. El síndrome ocurre cuando un adulto no puede controlar sus impulsos y zarandea a un niño, generalmente sin intención, produciendo un movimiento de aceleración y desaceleración diferencial entre el cerebro y el cráneo ocasionando hematomas subdurales, hemorragias subaracnoideas, interhemisféricas y contusiones cerebrales. (17)

La laceración y ruptura de arterias y venas se produce cuando el zarandeo ha sido marcado o el niño es muy pequeño. Entre las formas de zarandeo se encuentran los lanzamientos que los padres hacen hacia arriba con los niños para que estos sientan vacíos. Los mecanismos del trauma se ven facilitados por algunas consideraciones anatómicas de los niños, entre las cuales las principales son las siguientes: tamaño mayor de la cabeza en relación con el cuerpo, debilidad de la musculatura del cuello, escaso control de la cabeza y el cuello, anatomía de la columna cervical superior y del foramen magno, mayor contenido de agua en la cabeza, menor cantidad de mielina y espacio subaracnoideo proporcionalmente mayor. Los principales mecanismos de trauma identificados en los niños víctimas del síndrome son: rotación de la cabeza y nuca, movimiento diferencial entre el cerebro y el cráneo, estiramiento y rasgado de los vasos, contusión y laceración cerebrales. Por lo general no se encuentran lesiones externas a no ser que se acompañe de un mecanismo de impacto posterior al zarandeo. (17)

La víctima típica es un varón con menos de un año (generalmente menor de seis meses de edad) que se encuentra solo con el adulto agresor cuando se produce el maltrato. El daño producido en el niño no es solo físico, sino psicológico y emocional. Casi nunca el niño afectado es llevado a consulta y la familia ignora la gravedad del daño. Cuando ocurren síntomas llamativos y el niño es llevado al hospital se suele negar el maltrato y se le atribuyen los síntomas a un accidente. Las manifestaciones clínicas que presentan suelen tener alteraciones de la conciencia (somnolencia, letargo o coma), déficit neurológico, meningismo o apnea. El examen físico cuidadoso puede revelar las huellas del maltrato, como equimosis, luxaciones o fracturas (costillas o huesos largos). El fondo de ojo muestra hemorragias focales o difusas. El líquido cefalorraquídeo puede ser xantocrómico o francamente hemorrágico. Como resultado del zarandeo y de los daños ocurridos en el cerebro puede ocurrir: síndrome convulsivo, parálisis cerebral, retardo mental, ceguera y

hasta la muerte. Los signos encontrados con mayor frecuencia son hemorragias retinianas, signos neurológicos compatibles con trauma cerrado de cráneo, sangrado (hematomas subgaleales, subaracnoideos, epidurales o subdurales), laceraciones y contusiones, que se pueden acompañar de hipotensión. (6)

En piel se pueden encontrar lesiones en tórax, espalda, abdomen y brazos, así como lesiones de tejidos blandos, que se pueden acompañar de signos clínicos sugestivos de fracturas de cráneo, primeras vértebras cervicales, huesos largos y costillas. La evaluación oftalmológica es fundamental en todo niño en quien se sospeche malos tratos. Las hemorragias retinianas pueden ocurrir durante la primera semana de vida en recién nacidos con trastornos de la coagulación o algunas neoplasias, pero en todo niño que no presente signos externos de trauma, ni historia de haberlo recibido y se encuentren hemorragias retinianas se constituye un síndrome de niño zarandeado hasta que se demuestre lo contrario, pues las hemorragias ocurren en 70-80% de los casos de niño zarandeado menor de veinticuatro meses. (17)

I.16 Maltrato psicológico.

Se manifiesta frecuentemente como crítica, vejación y rechazo manifiesto que puede llegar a la ignorancia absoluta del niño o ponerlo como chivo expiatorio en la familia, no reconocerle sus logros, conductas de abandono, no mostrar afecto, ridiculizarlo de sus acciones. Esta forma es abierta, de difícil detección y casi siempre se acompaña de otras formas de negligencia y abuso. (5)

Entre las agresiones psicológicas se incluyen:

- a) *Maltrato emocional por déficit:* como el abandono total o parcial que conduce a la falta de estimulación.
- b) *Maltrato emocional por exceso:* como la sobreprotección que impide el objetivo final del desarrollo normal.
- c) *Maltrato emocional por alteración:* en el que se encuentra incapacidad para relacionarse y se manifiesta como una desviación de los hábitos (anorexia, enuresis, encopresis), desviación selectiva del desarrollo (trastornos del aprendizaje, tartamudez) y perturbaciones de las emociones del niño y del adolescente (neurosis, psicosis, drogadicción).
- d) *Daño contra las aptitudes y habilidades de un niño lesionando:* su estima, capacidad de sentir, de expresarse, de relacionarse, impidiendo el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades (6).

I.17 Abuso sexual.

Ocurre cuando un adulto en una posición de poder o control emplea un niño o niña para su estimulación sexual estableciendo contacto e interacciones con estos mediante el engaño o la fuerza física. El maltrato sexual más frecuente es el incesto, que afecta a niños de todas las edades. Las víctimas en su mayoría son mujeres y los victimarios son varones, especialmente los padres adoptivos y amigos de las madres. (5)

Los indicadores de abuso sexual son encontrar lesiones en el área genital o anal de aparición súbita o tardía. Enfermedades de transmisión sexual, historia de encuentros detallados con adultos, alguna forma de masturbación o exceso de curiosidad sexual. Aparición de pesadillas, aislamiento social, escolar, embarazo no previsto, hematuria, dolor a la defecación, leucorrea, etc. (5)

I.18 Negligencia y descuido.

La omisión es la forma más frecuente de maltrato y es concomitante con otras clases de abuso no siempre intencionales. La carencia de conocimientos y los bajos recursos económicos impiden que los padres proporcionen la atención adecuada a los hijos. Los tipos de abandono físico y negligencia incluyen:

- a) *Privación de una alimentación:* Equilibrada que responda al desarrollo del niño.
- b) *Carencia de supervisión:* Que expone al menor con mayor riesgo a los accidentes su acción repetitiva ocasiona lesiones graves e irreversibles.
- c) *Negligencia por falta de brindar atención médica:* Así como el incumplimiento de una terapéutica propuesta para una enfermedad con grave deterioro del estado general.
- d) *El no aplicar oportunamente al niño las vacunas:* Para evitar enfermedades inmuno prevenibles o la consulta tardía que puede conducir a la exacerbación de una enfermedad con tratamiento inicialmente fácil.
- e) *Negligencia escolar:* Con descuido de la enseñanza al niño sobre la información mínima necesaria para su defensa en un medio agresivo. (6)

I.19 Maltrato social.

El carácter estructural de los factores económicos, políticos, culturales e ideológicos genera crisis en las instituciones nacionales que puede repercutir en la familia. En los sectores populares la desintegración familiar y los escasos recursos económicos hacen que niños y adolescentes opten con frecuencia por el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia juvenil, la prostitución. Por las mismas razones, frecuentemente los niños se ven obligados a ingresar en el sector laboral para poder satisfacer las

necesidades básicas en sus hogares que con frecuencia carecen de adultos responsables de la manutención, sometiéndose a condiciones de mínima remuneración, explotación y alto riesgo de accidente y daño físico. (5)

I.20 Maltrato contra el niño antes de nacer.

Este abuso es definido como toda acción de agresión intencional o por omisión a una mujer embarazada que ponga en peligro el desarrollo fetal o que cause lesión al niño por nacer. Entre los factores que se deben considerar están:

1.-Factores ambientales: Accidentes laborales por contaminación con microorganismos.

a) Exposición de la gestante a irradiaciones y químicos tóxicos.

2.-Factores de la madre y familia:

a) Malnutrición materna durante la gestación.

b) Malos hábitos: cigarrillo y/o licores por la madre con riesgo de producir los síndromes feto-alcoholismo y feto-tabaquismo.

c) Sometimiento de la embarazada a maniobras para provocar el aborto.

d) Comportamientos inadecuados como drogadicción y prostitución con riesgo de malformaciones y enfermedades de transmisión sexual en el feto.

e) Familias con marcada pobreza que no brindan las condiciones requeridas para el sano desarrollo fetal.

f) La violencia intrafamiliar con riesgo de agresión física materno-fetal, rechazo y abandono.

3.-Factores médicos:

- a) Consulta prenatal de corta duración y superficial que no detecta enfermedad o situación materno-fetal controlable
- b) Utilización de medicamentos contraindicados durante la gestación
- c) Prácticas obstétricas deficientes durante el parto (17)

I.21 Otras formas de maltrato.

Se considerarán el síndrome de Münchhausen, el síndrome del niño sometido a rituales satánicos, niños de guerra, niños de la calle, etc.

Síndrome de Münchhausen por proximidad descrito inicialmente en adultos, se conoce además como síndrome de Meadow. Los padres o sustitutos (casi siempre la madre) inventan o provocan los síntomas en los niños para que parezca que el niño sufre una enfermedad real.(8)

Los niños con este síndrome presentan una historia de múltiples intervenciones médicas por diferentes galenos y hospitalizaciones en diferentes centros con duraciones inexplicables en las que han fallado los protocolos convencionales de tratamiento y no se encuentra correlación entre lo descrito por la madre y los hallazgos en el paciente. (8)

Se acompaña de negación o mala calidad de la información sobre el origen de la enfermedad al interrogar al cuidador y los síntomas tienden a desaparecer cuando se separa el niño de este. Los niños tienden a manifestar temor acerca de la muerte por lo que les sucede. Existe una historia de múltiples procedimientos diagnósticos con resultados normales o no concluyentes que hacen pensar al médico en no haber visto nunca un caso como este. (8)

La madre se ve amorosa y no aparenta ser cruel, negligente o descuidada. Si tiene otros niños rara vez habla de ellos, pues tiene toda la atención concentrada en el niño enfermo. Además, pasa gran parte del tiempo en el hospital y rehúsa dejar solo al niño argumentando que solo a ella le recibe el alimento o los medicamentos. (8)

La madre por lo general no luce tan preocupada por el niño como el equipo de salud y se manifiesta conciliadora, llegando incluso a mantener relaciones estrechas con este. Generalmente, conoce y domina la terminología médica o los procedimientos. Gran parte de las madres involucradas trabajan en el sector de la salud o han tenido entrenamientos en el campo y con frecuencia refieren tener otro hijo con sintomatología similar o haber padecido ellas mismas los síntomas. (8)

Desde el punto de vista epidemiológico no se han descrito diferencias de sexo en su presentación. Ocurre en menores de tres años con mortalidad de 9% y se asocia con otros tipos de maltrato. La figura paterna por lo general es distante y de bajo perfil. Se suele observar que la madre por lo general tiene un nivel intelectual superior al del padre, con un trasfondo de una madre que se siente sola. En este síndrome el niño es el objeto pasivo del maltrato y la madre es el auténtico sujeto actuante o latente para provocar la sintomatología. El modelo más o menos característico es el de un niño vulnerable producto de matrimonios con graves conflictos conyugales o de madres inmaduras con personalidades patológicas, o con relaciones simbióticas y dependientes de sus hijos. (8)

Estas madres llegan a elaborar síntomas o estados patológicos en el hijo para que sea estudiado médicamente, aun a pesar de entrar en una dinámica contradictoria entre la preocupación por la salud del niño y la

necesidad de que esté enfermo, como modo compensatorio de sus propios conflictos. (8)

Niños de la calle, el término fue empleado inicialmente por Henry Mayhew en 1851 aunque su empleo se decretó hasta 1979 por las Naciones Unidas, y son mejor conocidos como niños fugitivos, abandonados o sin hogar. La UNICEF creó dos grupos de niños de acuerdo a su costumbre en niños de la calle y niños en la calle. Los primeros están comprendidos los menores que no tienen hogar y por consiguiente ni familiares que los reclamen. El segundo grupo constituido por niños que teniendo su hogar o familiares deciden por distintas razones lanzarse a la calle a la aventura, y al momento que son llevados a instituciones huyen. La mayoría de los niños del primer grupo son niños desnutridos que tuvieron un déficit de atención desde antes del nacimiento. (8)

El ritualismo constituye una relativa novedad de la patología, es una forma de agresión a los menores. El espectro clínico del maltrato en estos niños señala el sadismo, perversidad y algunas otras bizarras modalidades de agresión, casi siempre asociadas a abuso sexual. Los ofendidos mantienen un silencio de tremenda agresión y cuando rompen el silencio refieren que dichos actos ocurrían mientras sus agresores estaban bajo influjo de alcohol, o droga. Las descripciones de algunos niños incluyen torturas y sacrificios, tanto de animales como de seres humanos, comer algunas partes del cuerpo o beber fluidos de este, como semen, orina, sangre, así como ceremonias de entierro. Existen rituales mágicos, religiosos o sobrenaturales. (8)

Los niños de guerra es una modalidad de maltrato poco conceptualizado y abarca a los niños que por las condiciones bélicas de un país, son despojados de su familia y víctimas de toda clase de agresiones físicas,

mentales y sociales. A temprana edad tienen contacto con empleo de armas y en algunas ocasiones son reclutados como soldados. (8)

FÍSICO	EMOCIONAL	MIXTO
Maltrato físico Síndrome del niño sacudido Abuso sexual (incesto, estupro) Abuso fetal	Síndrome de Münchausen Privación emocional Negligencia social (niños de la calle y en la calle) Abuso sexual (manipulación genital, pornografía infantil, hostigamiento) Maltrato étnico Niños de la guerra	Ritualismo Münchausen por poderes Maltrato físico Abuso sexual (incesto)

I.22 Orientaciones para el diagnóstico.

La décima clasificación internacional de enfermedades no contiene una categoría específica para el maltrato infantil. Es importante utilizar en lo posible, las categorías que se relacionan con este problema y, especialmente, integrar en el diagnóstico todos los elementos que puedan orientar el manejo del caso. (18)

Los criterios para la calificación de un caso de violencia o maltrato requieren de una ponderación rigurosa de los antecedentes, indicadores y hallazgos clínicos, así como de considerar el derecho a la privacidad de la familia.

En las primeras consultas no siempre es posible confirmar o tener la certeza de que existe violencia o abuso, por lo que la calificación de “alto riesgo o probable” determina igualmente la necesidad de intervenciones específicas. (18)

Una propuesta para la calificación de un caso como “de alto riesgo o de violencia intrafamiliar o maltrato infantil” son los siguientes:

- a.- Cuando existen signos de maltrato físico, abandono, maltrato emocional y abuso sexual.
- b.- Cuando existe asociación con antecedentes o situaciones condicionantes y desencadenantes.
- c.- Cuando hay información suficiente sobre la ocurrencia de situaciones de maltrato: verbalización de parte del niño, reconocimiento de parte del adulto involucrado, testimonio de otras personas y documento judicial o policial. (18)

II.JUSTIFICACIÓN

II.1 Científico.

El profesional de la salud que labora en el ámbito pericial del Área Especializada en Materia de Delitos Sexuales (AEDSMM) del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses aplique sus conocimientos como investigador en búsqueda de factores de riesgo en el ámbito médico legal preestablecidos en la literatura médica con la finalidad de establecer un diagnóstico situacional y de manera más integral del SNM y/o maltrato infantil.

II.2 Académica.

En la vida académica es muy importante porque mediante este tema podemos demostrar a aquellos padres y/o tutores como educar a los niños sin necesidad de maltratarlos y, de esa manera los niños crecerán con una autoestima elevada.

II.3 Social.

La importancia de la investigación se centra en el número de denuncias, que cada año se presentan por este hecho, el cual no escapa a la realidad económica, política y social que actualmente vive nuestro país. En la evolución de esta investigación podrá observarse la relevancia social que tiene el problema del maltrato infantil dentro de la sociedad, por ser precisamente en la población, los forjadores del futuro. De allí la importancia de que esta nueva generación se levante con normas y valores claramente definidos, es decir basados en el respeto, lealtad y justicia. Esperamos que esta investigación puede crear conciencia en cada una de estas personas, que de una u otra han recurrido en el maltrato a niños, de la misma manera, se vean beneficiados niños, que se encuentran con padres y/o familiares que por razones variadas no están en condiciones de su crianza.

III.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

III.1 Argumentación.

El maltrato infantil ha causado gran impacto en nuestra sociedad, debido a la influencia negativa sobre algunos menores, generalmente dicha agresión es realizada por los padres, familiares o terceras personas, muy cercanas a ellos. Estos daños influyen de una manera u otra en la conducta del niño, lo que determina un desempeño negativo de estos en la sociedad. Estos maltratos influyen directamente en el niño, y no se olvidarán de ello por el resto de su vida.

Algunas personas desconocen las características de un maltrato, sea psicológico, físico y/o abuso sexual, asimismo, las razones por las cuales los padres maltratan a sus hijos. La mayoría de las personas no saben a dónde recurrir para dar ayuda a un niño que ha sido maltratado y mucho menos como se le puede ayudar al padre agresor, refleja la desinformación que existe sobre las instituciones encargadas de estos casos.

Es importante demostrar que un niño presenta características cuando ha sido maltratado y que como niño también tiene derechos para defenderse, solo que por ignorancia la mayoría de las personas no saben de estos derechos.

Es de vital importancia que el padre reconozca la situación que vive y que acepte la ayuda que se le puede dar, para así establecer un cambio en su vida y en la manera de como conducir una buena educación para sus hijos.

El primer paso en toda intervención es el conocimiento. ¿Que tanto se conoce acerca de este problema?. Por ello la importancia de que la sociedad se informe acerca del maltrato infantil y sus consecuencias.

Esto permite no solo la educación de los padres sobre este hecho, sino también que tomen medidas para ayudar o para no maltratar a los hijos. Todo tipo de maltrato tiene consecuencias a largo plazo.

En principio cada localidad tiene características muy particulares en su forma de comportamiento y la constitución de la célula social denominada familia y, que dependiendo de la región es la característica intrínseca de la dinámica familiar. En el desarrollo del presente trabajo de investigación se pretendió el conocer de forma integral los factores de riesgo a los que se encuentra inmersa la población infantil que conforma la zona metropolitana que es evaluada en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, en específico en materia de maltrato infantil. Esto hará posible conocer los factores de riesgo y/o protectores que, interactuados entre sí, determinen de forma integral la situación del menor al momento de su evaluación en materia de salud y establecer sus antecedentes socio familiares, ya que el factor de riesgo es un elemento que, de estar presente se podrá instaurar el diagnóstico médico legal de maltrato infantil y auxiliar por ende a los órganos que procuran y administran la justicia.

III.2 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores de riesgo a los que más comúnmente se encuentran expuesta la población infantil evaluada en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses?

IV.HIPÓTESIS

¿Existe relación entre los factores de riesgo encontrados y los descritos bibliográficamente para maltrato infantil en el Instituto Jalisciense de Ciencia Forenses?

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de observación.

Dictámenes periciales con diagnóstico de síndrome del niño maltratado del área de delitos sexuales y maltrato al menor en el instituto jalisciense de ciencias forenses durante el 2012.

IV.2 Variables

IV.2.1 Dependientes.

Persona que presenta al menor para que la realización de la Valoración médica.

Persona que se hace referencia es el agresor.

Indicadores de sospecha.

Formas de maltrato infantil.

IV.2.2 Independientes.

Edad.

Género.

Escolaridad.

V.OBJETIVOS

V.1 Objetivo General.

Determinar los factores de riesgo que inciden en el maltrato infantil tanto físico, por omisión y abuso sexual, evaluado en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en la zona Metropolitana de Guadalajara y que han sido víctimas de maltrato infantil.

V.2 Objetivos Específicos.

- Identificar el grupo de edad donde más se presenta el maltrato infantil en el 2012, en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en la zona Metropolitana de Guadalajara, Estado de Jalisco.
- Identificar el género más frecuentemente afectado por maltrato infantil en el 2012, en el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Estado de Jalisco.
- Determinar los factores de riesgo descritos para establecer el diagnóstico de maltrato infantil en el ámbito médico legal.
- Caracterizar los factores de riesgo en sus diversas modalidades: clínicos, familiares, sociales, que deban estar contenidos en el formato de entrevista a realizar en un área de dictaminación pericial por parte de peritos médicos dependientes del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses a través del área de Medicina Legal.
- Identificar si el género femenino, es el género más afectado para maltrato infantil.
- Identificar quien es la persona que más maltrato realiza al menor de edad.

VI.MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Se trató de una investigación de casos y controles, retrospectivo, observacional y correlacional.

VI.2 Diseño de estudio.

Previa autorización oficial, se estudiaron los dictámenes con diagnóstico de síndrome del niño maltratado que se encuentran en el archivo de delitos sexuales y maltrato al menor del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses para posteriormente vaciar la información en una hoja de recolección de datos las características de factores de riesgo y se compararon con los datos descritos bibliográficamente.

VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
EDAD DEL MENOR	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa Continua	Años cumplidos	1
GÉNERO DEL MENOR	Diferencias biológicas entre las personas diferenciados entre masculino y femenino	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre y mujer	Cualitativa Nominal	a)FEMENINO b)MASCULINO	2
EDAD DEL AGRESOR	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa Continua	Años cumplidos	3
GÉNERO DEL AGRESOR	Diferencias biológicas entre las personas masculino y femenino	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre y mujer	Cualitativa Nominal	a)FEMENINO b)MASCULINO	4

ESCOLARIDAD DEL AGRESOR	Grado de Estudios con el que cuenta un individuo	Descripción del grado de estudios con el que cuenta el menor sujeto de estudio	Cuantitativa Nominal	-Sin escolaridad -Kinder -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura -Posgrado	5
PERSONA QUE PRESENTA AL MENOR PARA QUE LA REALIZACIÓN DE LA VALORACIÓN MÉDICA	Parentesco que tiene la persona con el menor presentado.	Descripción del grado de parentesco con el menor a entrevista.	Cuantitativa Nominal	-Padre -Madre -Abuelos -Trabajo Social -Otros	6
PERSONA QUE SE HACE REFERENCIA ES EL AGRESOR	Parentesco del individuo que ejerce algún tipo de maltrato con el menor	Descripción de la figura que ejerce algún tipo de maltrato en el menor sujeto de estudio.	Cuantitativa Nominal	-Padre -Madre -Abuelos -Padrastra -Madrastro -Otros	7
INDICADORES DE SOSPECHA	Situación que favorece el maltrato, factores de riesgo	Situaciones de la familia del niño que favorecen el maltrato infantil como antecedentes de maltrato, alcoholismo y/o drogadicción, convivencia con padrastra/madrastro, producto no deseado, violencia intrafamiliar, higiene, inadecuada, inmunizaciones incompletas, retardo en solicitar atención médica en su caso, desintegración familiar.	Cuantitativa Nominal	-Antecedentes de Maltrato -Alcoholismo -Drogadicción -Nivel económico -Convivencia con padrastra/madrastro -Producto no deseado -Violencia intrafamiliar -Estado de Higiene -Inmunizaciones incompletas -Retardo en solicitar atención médica en su caso -Desintegración familiar.	8
FORMAS DE MALTRATO INFANTIL	Tipo de Maltrato que se presenta	Modo por el cual se producen las agresiones en los menores	Cuantitativa Nominal	-Maltrato Físico -Maltrato por Omisión -Abuso Sexual	9

VI.4 Universo de trabajo.

El universo se encuentra conformado por todos los dictámenes periciales emitidos por los peritos Médicos adscritos al área Especializada en materia de Delitos Sexuales y Maltrato al Menor dependiente de la Dirección de Dictaminación Pericial del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en el periodo comprendido de 01 de Enero de 2012 al 31 de Diciembre de 2012.

VI.5 Criterios de inclusión.

Serán incluidos todos los dictámenes con diagnóstico confirmado y no confirmado de Síndrome de Niño Maltratado elaborados por peritos médicos al área Especializada en materia de Delitos Sexuales y Maltrato al Menor dependiente de la Dirección de Dictaminación Pericial del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en el periodo comprendido de 01 de Enero del año 2012 al 31 de Diciembre de 2012 contenidos en el archivo general del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.

VI.6 Criterios de exclusión.

Todos los dictámenes periciales de Síndrome de Niño Maltratado emitidos por los Peritos Médicos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses que no se hayan encontrados de forma física en el archivo general del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en el periodo de Enero de 2012 a Diciembre del 2012.

VI.7 Criterios de eliminación.

Todos los dictámenes que no se encuentran con el diagnóstico confirmado y no confirmado de síndrome del niño maltratado en el archivo general del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en el periodo de Enero de 2010 a Diciembre del 2012.

Dictámenes que tengan el diagnóstico de síndrome del niño maltratado y que no pertenezcan al instituto jalisciense de ciencias forenses.

Dictámenes del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses que no contengan las variables en estudio.

VI.8 Instrumento de investigación.

Hoja de recolección de datos.

VI.8.1 Descripción.

Cedula de recolección de datos formados por cuadros de recolección dirigidos a obtener datos de factores de riesgo para el síndrome del niño maltratado así como datos de información general.

VI.8.2 Aplicación.

Se realizó leyendo los dictámenes periciales con diagnóstico de síndrome de niño maltratado y vaciando la información necesaria en la hoja de recolección de datos para identificar los factores de riesgo.

VI.9 Diseño de análisis.

El manejo de los datos obtenidos se realizó directamente por el investigador, efectuando lo siguiente:

- Revisión y corrección de la información.
- Clasificación y tabulación de los datos.
- Elaboración de cuadros.
- Validación de cuadros.
- Vaciamiento de cuadros.
- Aplicación de la estadística correspondiente; utilizando el programa computacional SPSS versión 22 de IBM. En el cual se realizó la estadística chi cuadrada, variable de Fisher y la razón de ratio.
- Elaboración de gráficos correspondientes a cada tipo de variable.
- Redacción de resultados, conclusiones, sugerencias, protocolo, resumen, summary para entregar del trabajo de tesis.

VII.IMPLICACIONES ÉTICAS

El desarrollo de la presente propuesta de investigación tiene consideraciones éticas mismas que están formuladas en el anonimato de los nombres que en este trabajo de investigación se desarrolló, el manejo de la identidad de la víctima, así como de las personas agresoras en las cuales no se manejaron nombres y los documentos donde se tomó la información para desarrollar el trabajo fue únicamente en el número de identificación de la carpeta. Así mismo la firma de un consentimiento informado de los familiares que presentan al menor al estudio se tiene resguardado para el correcto uso de la información y el empleo del mismo para fines académicos y legales que convengan al menor. Este proyecto de investigación es considerado de bajo riesgo de acuerdo a la ley general de salud por ser de tipo encuesta.

VIII.RESULTADOS.

Para el estudio del maltrato infantil, se tomó en cuenta el método de casos y controles, en el cuál fue de una manea retrospectiva – observacional; para ello, se utilizaron 220 controles en los cuales el diagnostico al maltrato infantil dio negativo y 110 casos en los cuales el diagnostico al maltrato infantil dio positivo en una de sus tres formas (físico, omisión y abuso sexual).

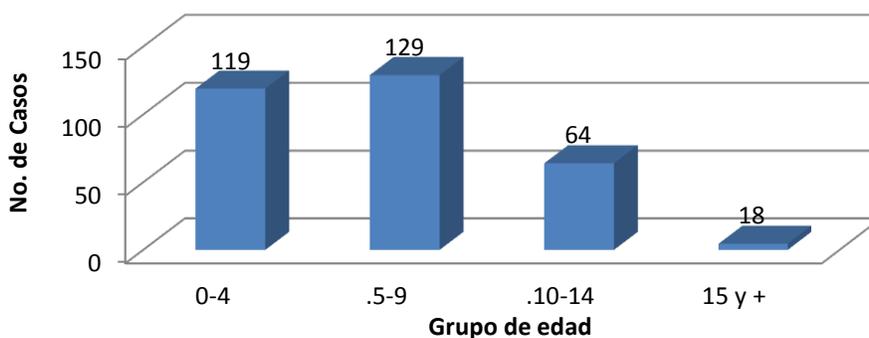
El grupo de edad en el cuál se presentaron más consultas por maltrato, fueron los de 5-9 años con 129 casos (39%), posteriormente fue el grupo de 0-4 años con 119 casos (36%); el grupo de edad con menos casos que se presentaron fue el grupo de 15 y +, con un total de 18 casos (6%); la media fue de 6 y la mediana de 5.

TABLA 1. MALTRATO INFANTIL SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0-4	119	36
5-9	129	39
10-14	64	19
15 y +	18	6
TOTAL	330	100

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

TABLA 1. MALTRATO INFANTIL SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 1

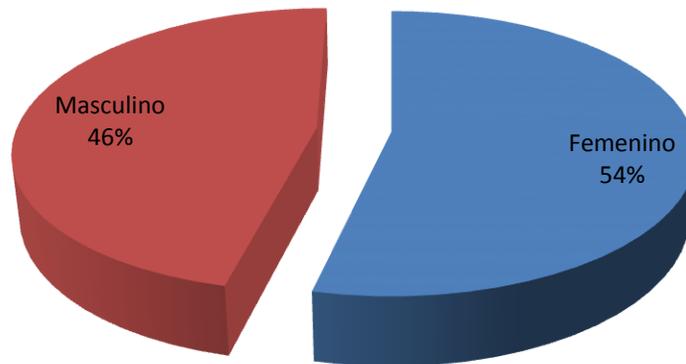
El género del menor presentado para revisión por maltrato infantil fue del femenino con un total de 177 casos que representa el 54 % y del masculino con 153 casos que representó el 46 %.

TABLA 2. MALTRATO INFANTIL SEGÚN EL GÉNERO EN EL INSTITUTO JALSCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Femenino	177	54
Masculino	153	46
TOTAL	330	100

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 2. MALTRATO INFANTIL SEGÚN EL GÉNERO EN EL INSTITUTO JALSCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

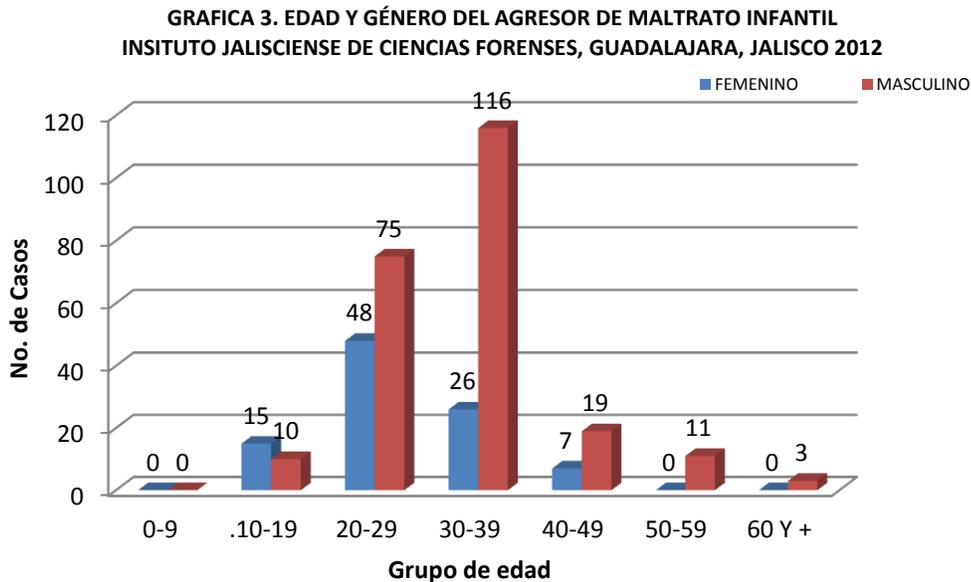


FUENTE: Tabla 2

La edad y el género del probable agresor, en los que más se presentaron reportes de sospecha, fue el grupo de 30-39 años con 142 casos (43%), en los cuales 26 de ellos son del género femenino y 116 casos al género masculino. En segundo lugar de frecuencia perteneció al grupo de edad de 20-29 años con 123 casos (37%); en el cuál 48 se sospechó del género femenino y 75 al género masculino. En el grupo de 0-9 años no se presentaron reportes y en el grupo de 60 y +, solo se presentaron 3 casos que representó solo el 1% del total y en su totalidad pertenecieron al género masculino.

TABLA 3. EDAD Y GÉNERO DEL AGRESOR DE MALTRATO INFANTIL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO 2012				
GRUPO DE EDAD	GÉNERO		FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
	Femenino	Masculino		
0-9	0	0	0	0
10-19	15	10	25	8
20-29	48	75	123	37
30-39	26	116	142	40
40-49	7	19	26	8
50-59	0	11	11	3
60 y +	0	3	3	1
TOTAL	96	234	330	100

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forense 2012..



FUENTE: Tabla 3

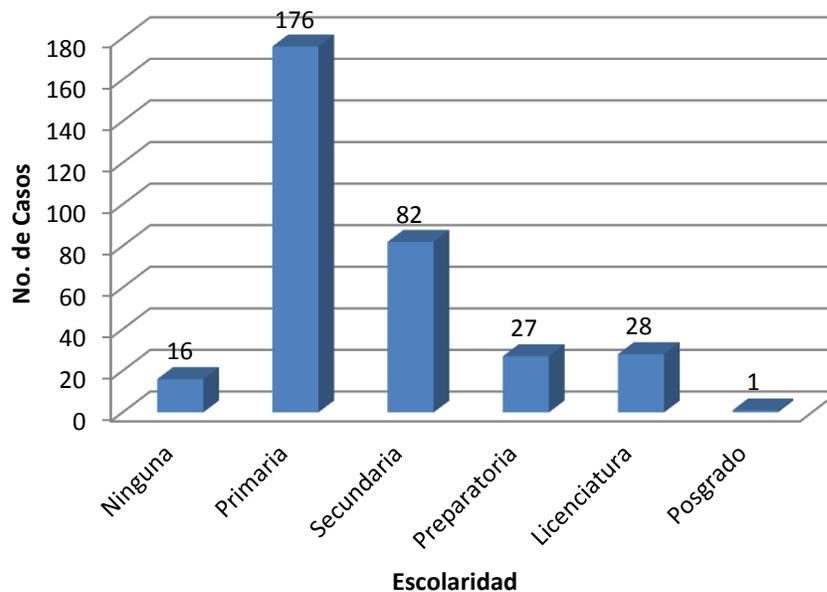
La escolaridad de la persona que se sospecha la agresión fue en primer lugar en el grado de primaria con 176 casos (53%), en segundo lugar de frecuencia fue el grado de secundaria con 82 casos (25%), el grupo de edad con menor número de casos fue el de posgrado con 1 caso (1%).

TABLA 4. ESCOLARIDAD DEL AGRESOR DE MALTRATO INFANTIL EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ninguna.	16	5
Primaria.	176	53
Secundaria.	82	25
Preparatoria.	27	8
Licenciatura.	28	8
Posgrado.	1	1
TOTAL	330	100

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 4. ESCOLARIDAD DEL AGRESOR DE MALTRATO INFANTIL EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 4

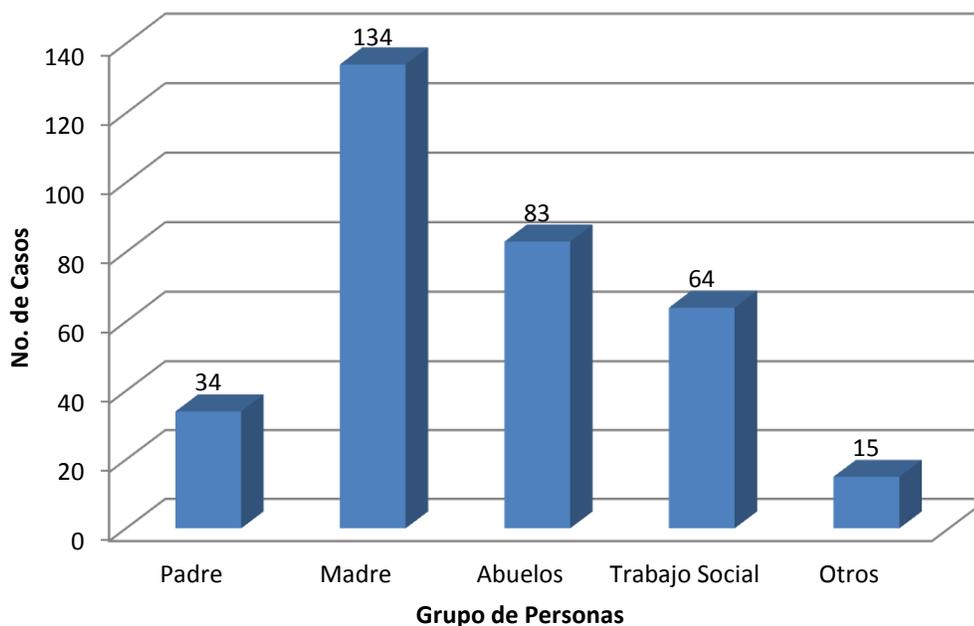
En el resultado de grupo de personas que presentó al menor a la consulta por maltrato en sus tres diferentes formas, fue en primer lugar la madre con 134 casos (41%), seguido de los abuelos con 83 casos (25%). El grupo con menor frecuencia de presentar al menor a la consulta fue el de otros con 15 casos (5%).

TABLA 5. PERSONA QUE PRESENTA AL MENOR CON MALTRATO INFANTIL EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

PERSONA QUE LO PRESENTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Padre	34	10
Madre	134	41
Abuelos	83	25
Trabajo Social	64	19
Otros	15	5
TOTAL	330	100

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 5. PERSONA QUE PRESENTA AL MENOR CON MALTRATO INFANTIL EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 5

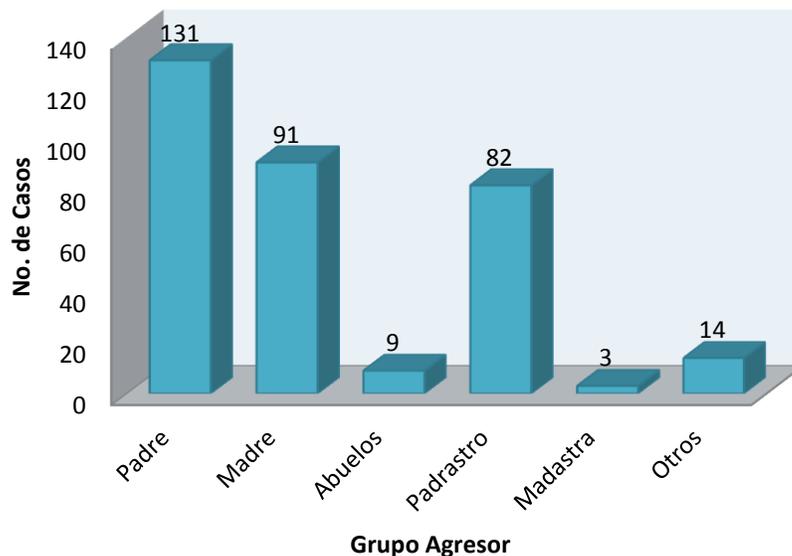
El grupo de personas que se sospecha fue el causante de maltrato infantil, fue el grupo del padre con 131 casos (39%), seguido del grupo de la madre que se presentó en 91 casos (28%), en tercer lugar se encuentra el padrastro con 82 casos (25%). El grupo con menos frecuencia de sospecha fue el grupo de la madrastra con 3 casos (1%).

TABLA 6. PERSONA QUE SE SOSPECHA ES EL CAUSANTE DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALSCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

AGRESOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Padre	131	39
Madre	91	28
Abuelos	9	3
Padrastro	82	25
Madrastra	3	1
Otros	14	4
TOTAL	330	100

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 6. PERSONA QUE SE SOSPECHA ES EL CAUSANTE DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALSCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 6

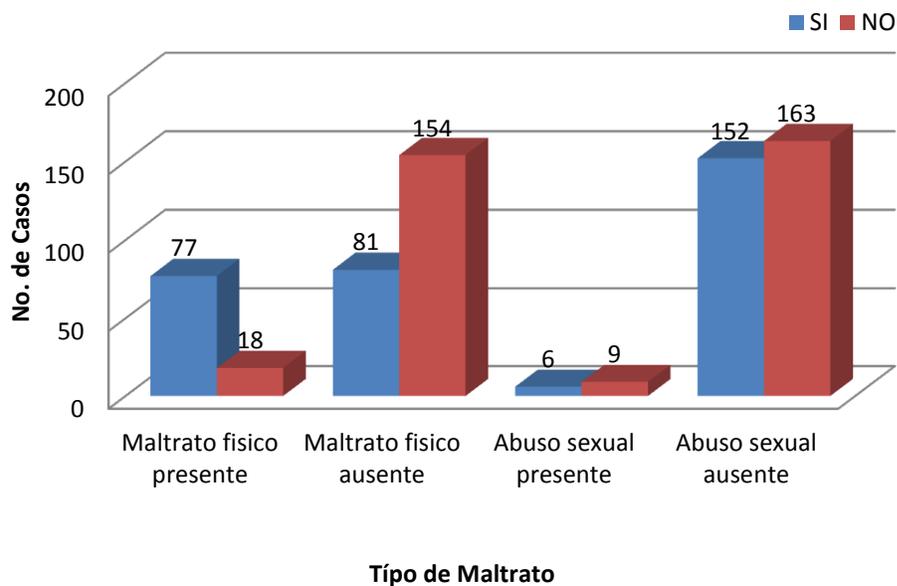
El factor de riesgo de antecedente de maltrato en el agresor para realizar maltrato infantil, se presentaron 77 casos (81%) en el cuál si se presentó el antecedente y en 18 (19%) no existió el mismo, con un total de 95 casos donde se presentó maltrato físico $p=0$ y $OR=8.1$. El antecedente de maltrato en el agresor cuando se presentó abuso sexual en el menor, en 6 casos (40%) si se presentó y en 9 casos (60%) no se presentó el antecedente, en un total de 15 casos que se presentó el abuso sexual en el menor. $P=.532$ y $OR=.7$.

TABLA 7. AGRESOR DE MALTRO INFANTIL CON ANTECEDENTE DE MALTRATO, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR DE RIESGO		Maltrato Físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Antecedente de maltrato	Si	77	81	158	6	152	158
	No	18	154	172	9	163	172
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRAFICA 7. AGRESOR DE MALTRATO INFANTIL CON ANTECEDENTE DE MALTRATO, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 7

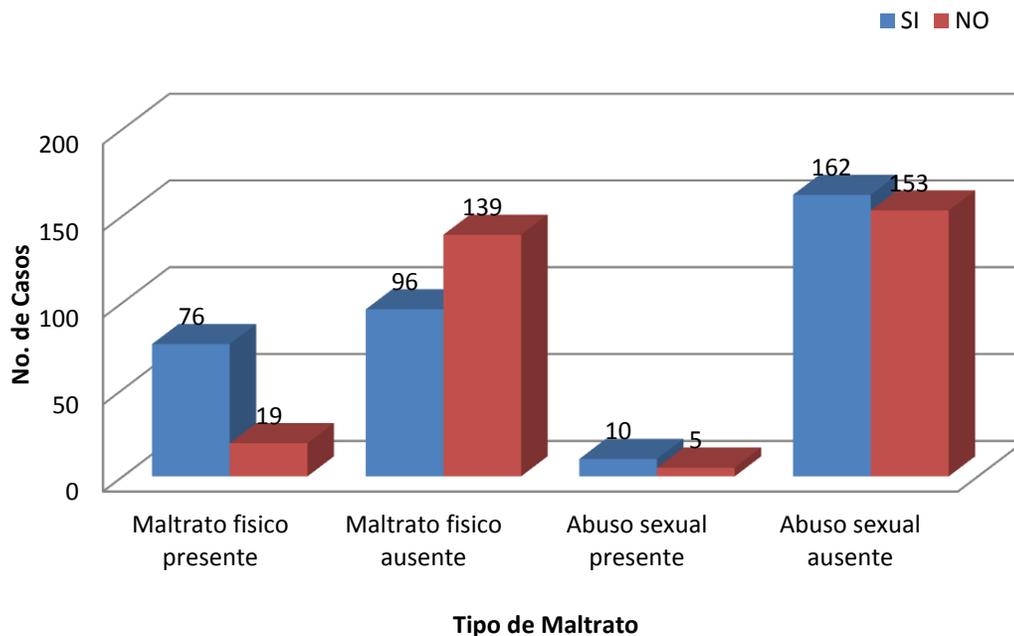
Para calcular el factor de riesgo de antecedente de alcoholismo en un integrante de la familia en el rubro de maltrato físico se presentaron 76 casos (80%) en los que existió el antecedente y 19 casos (20%) en los que no existió el antecedente de un total de 95 casos positivos a maltrato físico con una $p=0$ y $OR=5.7$. Para el maltrato por abuso sexual se presentaron 15 casos (100%), en el cuál 10 casos (66%) existió el antecedente de alcoholismo y en 5 casos (34%) no existió el antecedente con una $p=.297$ y $OR=1.8$.

TABLA 8. ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN UN INTEGRANTE DE LA FAMILIA DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR DE RIESGO		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Alcoholismo en un integrante de la familia	Si	76	96	172	10	162	172
	No	19	139	158	5	153	158
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012..

GRÁFICA 8. ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO EN UN INTEGRANTE DE LA FAMILIA DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 8

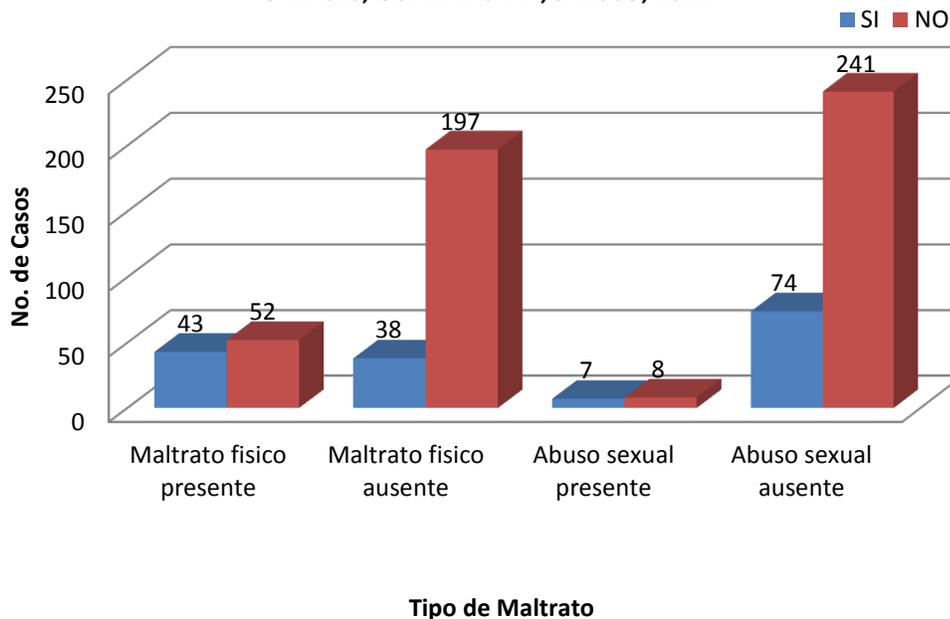
Los resultados para el factor de riesgo de antecedente de drogadicción, en un integrante de la familia y realizó maltrato físico al menor, se presentaron 43 casos (45%) en los que si existió el antecedente, y 52 casos (55%) en los que no existió el antecedente de un total de 95 casos donde se presentó maltrato físico, con un $p=0$ y $OR=4.2$. Para el caso de abuso sexual al menor, el antecedente de drogadicción se presentó en 7 casos (46%) y no se presentó en 8 casos (54%) de un total de 15 casos (100%) con una $p=.04$ y $OR=2.8$.

TABLA 9. ANTECEDENTE DE DROGADICCIÓN EN UN INTEGRANTE DE LA FAMILIA DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Drogadicción en un integrante de la familia	Si	43	38	81	7	74	81
	No	52	197	249	8	241	249
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 9. ANTECEDENTE DE DROGADICCIÓN EN UN INTEGRANTE DE LA FAMILIA DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 9

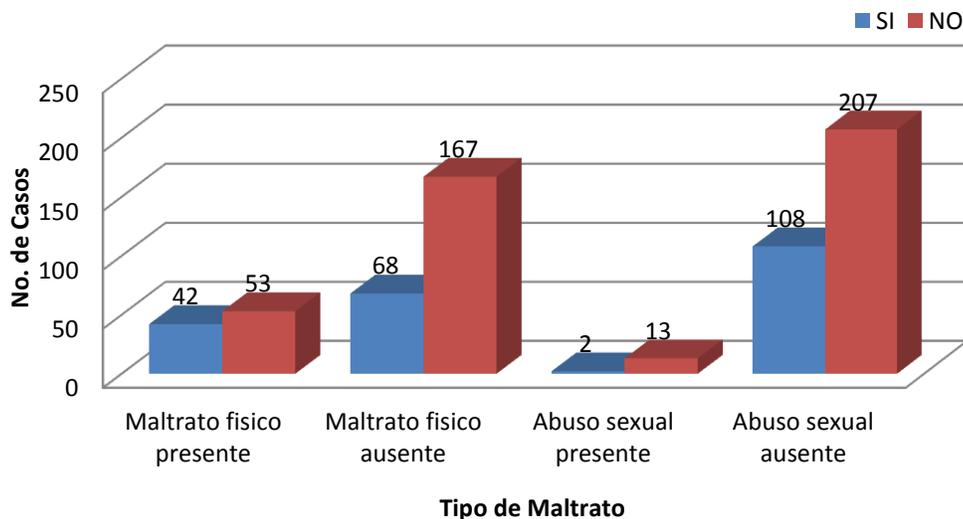
El cálculo en el factor de riesgo de antecedente de convivencia con padrastro o madrastra para que el menor sufra maltrato infantil en su modalidad de maltrato físico se presentaron 42 casos (44%) en el cuál se existió el factor y 53 casos (56%) en los que no existe el antecedente de un total de 95 casos (100%) que resultaron positivos a maltrato físico con un $p=.008$ y $OR=1.9$. Para el caso de maltrato infantil en su modalidad de abuso sexual se presentaron un total de 15 casos (100%) de los cuales 2 casos (13%) si existió el antecedente de convivencia con padrastro o madrastra y en 13 casos (87%) no existió el antecedente con una $p=.158$ y $OR=.2$.

TABLA 10. CONVIVENCIA CON PADRASTRO O MADRASTRA EN MALTRTO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Convivencia con padrastro o madrastra	Si	42	68	110	2	108	110
	No	53	167	220	13	207	220
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012..

GRÁFICA 10. CONVIVENCIA CON PADRASTRO O MADRASTRA EN MALTRTO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 10

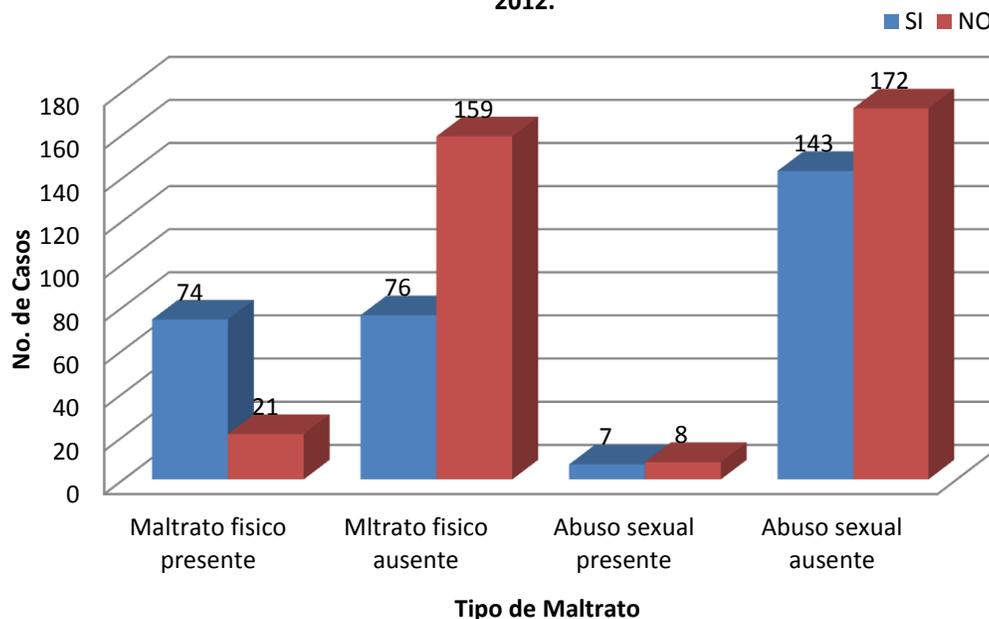
En los resultados obtenidos en el factor de riesgo de antecedente de violencia intrafamiliar en el maltrato infantil en su forma de maltrato físico se presentaron 95 casos (100%) de los cuáles 74 casos (78%) en los que se existió el antecedente y 21 casos (22%) en donde no se presentó el antecedente con una $p=0$ y $OR=7.3$. en la forma de abuso sexual se presentaron 15 casos (100%) en los cuales el antecedente de violencia intrafamiliar se presentó en 7 casos (46%) y en 8 casos (54%) no existió este antecedente con una $p=.923$ y $OR=1.05$.

TABLA 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO. 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Existe violencia intrafamiliar	Si	74	76	150	7	143	150
	No	21	159	180	8	172	180
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO. 2012.



FUENTE: Tabla 11

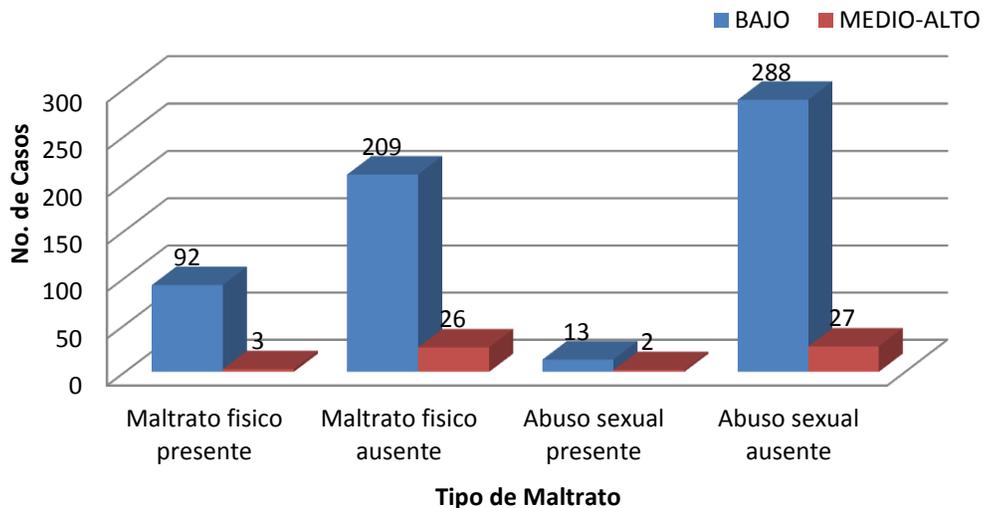
El resultado del factor de riesgo de antecedente de nivel económico ya sea bajo o medio-alto para presentar maltrato infantil en el caso de maltrato físico, se presentaron 95 casos (100%) en el cuál en 92 casos (97%) se presentó en medio económico bajo y en 3 casos (3%) el nivel económico fue de medio-alto, con un $p=.019$ y $OR= 3.8$. Para el rubro de abuso sexual en el niño maltratado se presentaron 15 casos (100%) en los cuales se presentaron 13 casos (87%) el antecedente de un nivel económico bajo y 2 casos (13%) en los cuales se presentó el antecedente de un nivel económico medio-alto con una $p=.630$ y $OR=.609$.

TABLA 12. NIVEL ECONÓMICO EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Nivel económico	Bajo	92	209	301	13	288	301
	Medio-Alto	3	26	29	2	27	29
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 12. NIVEL ECONÓMICO EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 12

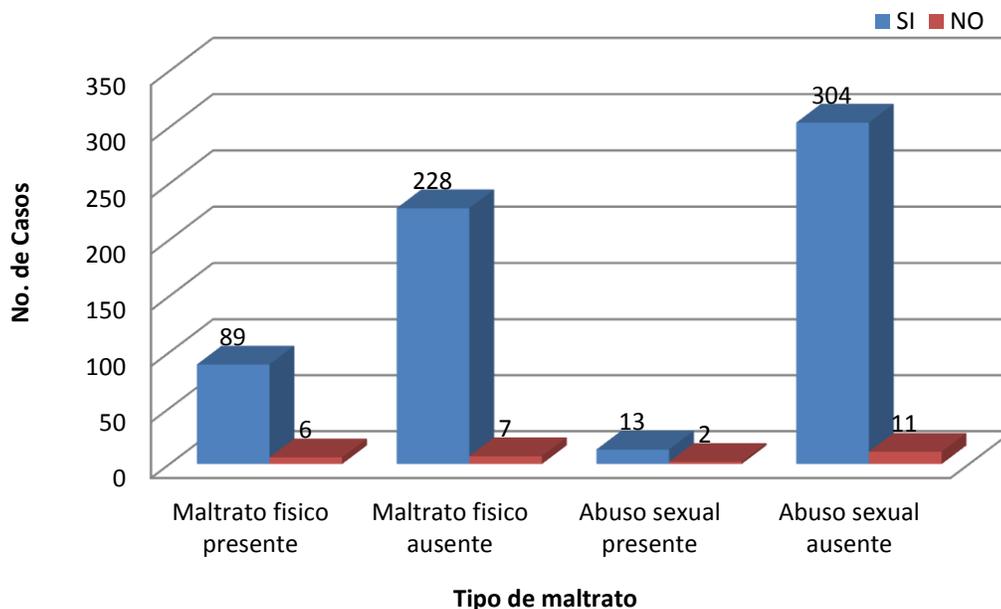
Los cálculos obtenidos del factor de riesgo de antecedente de niño no deseado para presentar maltrato infantil en el caso de maltrato físico se presentaron 95 casos (100%) de los cuales 89 casos (93%) si fueron productos deseados en 6 casos (7%) fueron niños no deseados en los cuales se obtuvo una $p=.158$ y $OR=.455$. Para el caso de abuso sexual se presentaron 15 casos de los cuales 13 casos (87%) si fueron niños deseados y 2 casos (13%) fueron niños no deseados con una $p=.113$ y $OR=.235$.

TABLA 13. MENOR DE EDAD NO DESEADO CON MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Niño deseado	SI	89	228	317	13	304	317
	NO	6	7	13	2	11	13
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 13. MENOR DE EDAD NO DESEADO CON MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 13

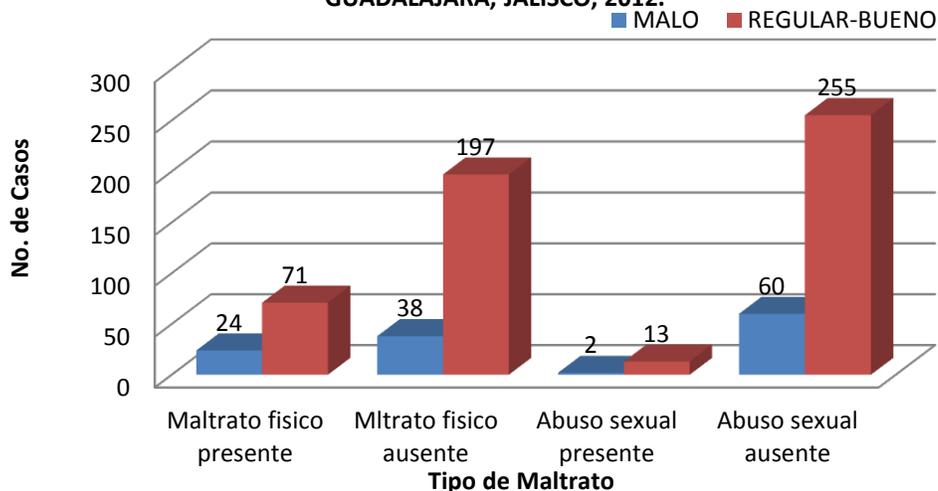
Los resultados obtenidos en el factor de riesgo en el antecedente del estado de higiene en el menor con maltrato infantil, se presentaron 95 casos con maltrato físico de los cuales 24 casos (25%) existió el antecedente de estado de higiene malo y 74 casos (75%) en los que el estado de higiene del menor fue de regular-bueno con $p=,056$ y $OR=1.7$. Para el abuso sexual del menor, en el maltrato infantil se presentaron 15 casos (100%) de los cuales existieron 2 casos (7%) para el antecedente de estado de higiene malo y 13 casos (93%) en los cuales existió el antecedente de estado de higiene regular-bueno con una $p= .74$ y $OR=.654$.

TABLA 14. ESTADO DE HIGIENE EN EL MENOR DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Estado de higiene	Malo	24	38	62	2	60	62
	Regular-Bueno	71	197	268	13	255	268
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 14. ESTADO DE HIGIENE EN EL MENOR DE MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 14

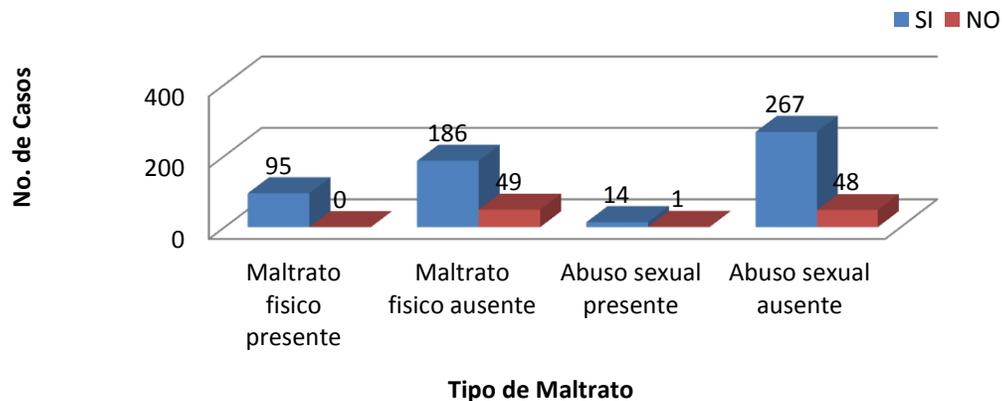
El resultado que se produjo en el factor de riesgo para el antecedente de esquema de vacunación completo para el diagnóstico de niños maltratados; en el caso de maltrato infantil de los cuales 95 casos (100%) si existió el antecedente de esquema de vacunación completo ningún caso de los niños que presentaron maltrato físico se les eximio de su esquema con $p=0$ y $OR=.66$. Para el caso de abuso sexual en el maltrato infantil se presentaron 15 casos, de los cuales 14 casos (94%) si se realizó el esquema de vacunación y en 1 caso (6%) no existió esquema de vacunación completo esto con una $p=.708$ y $OR=7.5$.

TABLA 15. INMUNIZACIONES COMPLETAS EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Inmunizaciones completas	Si	95	186	281	14	267	281
	No	0	49	49	1	48	49
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forense 2012.

GRÁFICA 15. INMUNIZACIONES COMPLETAS EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 15

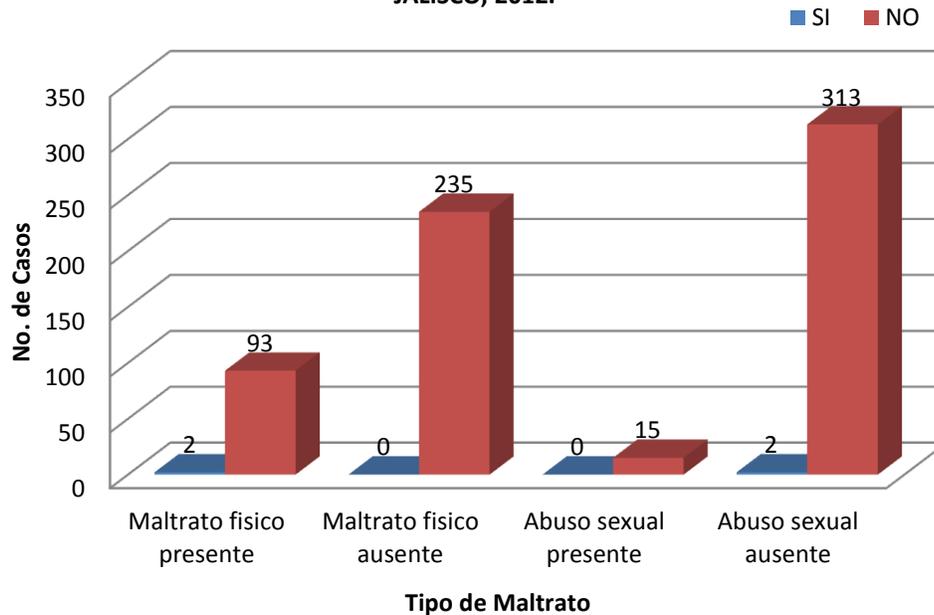
El estudio de resultados obtenidos en el factor de riesgo de retardo en la atención médica en el maltrato infantil; para el caso de maltrato físico, de los 95 casos positivos (100%), 2 casos (2%) si se presentó retardo en la atención médica y 93 casos (98%) en los cuales no existió retardo en la atención médica con una $p = .082$. Para el caso de abuso sexual en el maltrato infantil, el antecedente se presentó en 0 casos (0%) y no se presentó el retardo en la atención médica con una $p = 1.0$

TABLA 16. RETARDO EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Retardo en la atención médica	Si	2	0	2	0	2	2
	No	93	235	328	15	313	328
	Total	95	235	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses 2012.

GRÁFICA 16. RETARDO EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.



FUENTE: Tabla 16

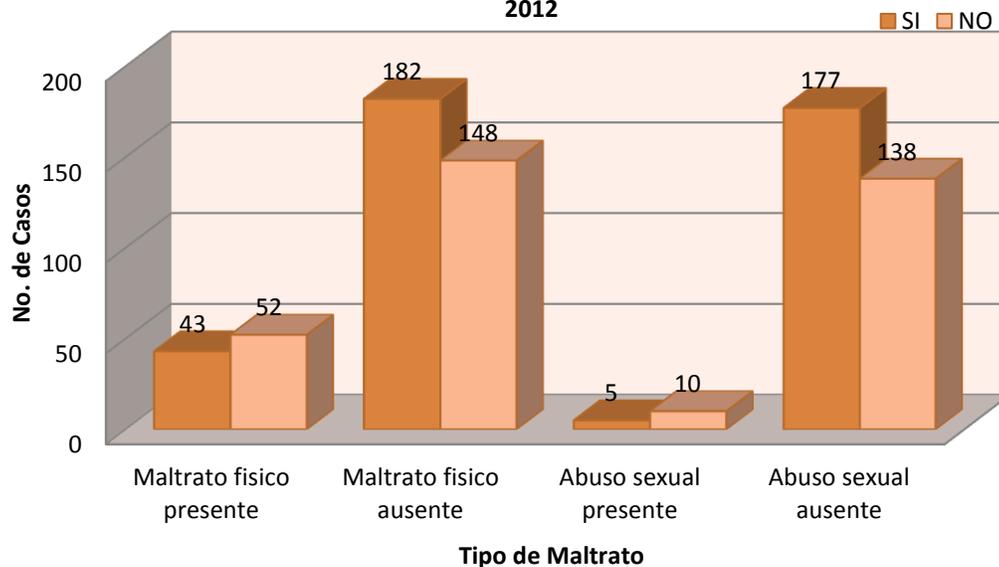
Los resultados obtenidos en el factor de riesgo de desintegración familiar en el maltrato infantil, para el caso de maltrato físico se presentaron 95 casos (100%) de los cuales 43 casos (45%) si existió la desintegración familiar y 52 casos (55%) en los cuales no existió desintegración familiar con una $p=.022$ y $OR= .5$. Para el caso de abuso sexual se presentaron 15 casos (100%) de los cuales 5 casos (34%) si se presentó la desintegración familiar y 10 casos (66%) no se presentó el antecedente de desintegración familiar con una $p=.110$ y $OR= .390$.

TABLA 17. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012.

FACTOR		Maltrato físico		TOTAL	Abuso Sexual		TOTAL
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Existe desintegración familiar	Si	43	182	182	5	177	182
	No	52	148	148	10	138	148
	Total	95	330	330	15	315	330

FUENTE: Archivo General del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.

GRÁFICA 17. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR EN EL MALTRATO INFANTIL, INSTITUTO JALISCIENSE DE CIENCIAS FORENSES, GUADALAJARA, JALISCO, 2012



FUENTE: Tabla 17

IX.DISCUSIÓN.

El maltrato infantil como hemos constatado y verificado es un mal que se presenta indistintamente en nuestra sociedad indiscriminadamente en cualquiera de sus formas existe la agresión al correcto desarrollo tanto físico como psicológico del menor. La bibliografía reporta factores de riesgo que se presentan indistintamente como el nivel económico, desarrollo social y cultural y los antecedentes previos de las personas que están en contacto con esta población. En nuestro estado y la zona metropolitana donde esta investigación fue realizada, no es ajena a esas circunstancias de vida en la que se crece en ámbitos sociales, muchas veces solo plasmada en la escritura y en la ejecución se observó que las tendencias a la agresión no se han disminuido sino al contrario se mantienen y se crean nuevos factores para seguir fortaleciendo este problema de salud hacia el menor.

El menor que más sufre de maltrato es aquel que es menor de 10 años, es el que más se presenta a consulta ya sea por la sospecha o para la dictaminación positiva a maltrato en nuestro estudio asciende al 78%. Así mismo el género es indistinto e las 3 formas de maltrato no varía mucho entre los sexos que son presentados, en nuestro instituto se presenta un género femenino que asciende a 54% y un género masculino con un 46% en el cuál varía en cuanto a regiones poblacionales mundiales como por ejemplo África o sur de Asia donde la tendencia es mayoritariamente hacia la mujer. No así en nuestro país que la forma de maltrato es independiente en términos generales e indistintos del género del menor. Los grupos de edad que más se agreden a un menor de edad es la población económicamente activa con un grupo de edad de 20-39 años los cuáles son los que más se sospecha y/o agreden al menor con una estadística del 80% en este rango de edad. Aunque cobra significancia que el género que más agrede es el masculino con 196 casos de 330 y los cuales entran en este grupo de edad; el género femenino en este grupo de edad también fue la que más presenta

la sospecha o se determina que es el agresor con 74 casos con una frecuencia al hombre de H 2.6 : 1 M.

El nivel de estudio también es una frecuencia que se ve reflejada y que no varía a lo descrito bibliográficamente, el número de casos es mayor en el nivel de primaria y secundaria, esto en cuanto a nivel de estudios que tiene el agresor con un total de sucesos (casos y controles) de 274, en el cual disminuye a medida que la persona agresora tiene mayor nivel de estudio aunque también es significativo ya que el número es de 57 casos que representa un 17 % de los casos investigados y aunque es un número menor, el maltrato al menor no deja de presentarse. En cuanto a la sospecha de quien es el agresor en su mayoría es el padre con 131 casos y se presenta más en la forma de maltrato infantil en su modalidad de maltrato físico. Bibliográficamente se sospecha de la madre; en nuestra investigación el resultado la situó en segundo lugar como persona de sospecha. En los casos en los que se presentó el maltrato fue el agresor el padrastro, padre y madre en los casos que se producen más maltrato infantil.

En cuanto los factores de riesgo analizados en esta investigación tomamos en cuenta en las 3 formas de maltrato ya sea físico, omisión o abuso sexual; en donde nuestros casos todos dieron negativos, son en la forma de omisión por ello no se pudo calcular el factor de riesgo para esta forma de maltrato.

En cuanto al factor de riesgo de antecedentes de maltrato en el agresor para producir maltrato físico. Este es un factor alto de que exista hasta 14 veces la posibilidad de que alguien que sufrió maltrato puede producirlo. Y para producir maltrato por abuso sexual este factor no es determinante para que tal suceso ocurra.

En el factor de riesgo de alcoholismo en algún miembro de la familia, es un factor de riesgo para maltrato físico hasta diez veces que el evento ocurra.

Para abuso sexual es un factor que no es determinante o no valido de confianza según el estudio.

Para el riesgo de que exista maltrato físico porque existe el factor de drogadicción en un integrante de la familia es altamente positivo de que se produzca el evento hasta un riesgo 7 veces mayor de que si no existiera. Para abuso sexual también es un factor de riesgo de que ocurra y en una probabilidad para el evento hasta de 8 veces de que se presente.

En el antecedente de convivencia con padrastro o madrastra para la forma de maltrato físico; si es un factor de riesgo que un menor tenga una figura así hasta 3 veces más riesgo que si no lo tuviera. En la forma de abuso sexual el resultado no fue determinante para establecer el riesgo aunque por frecuencia en este estudio son del grupo de persona del que más es agresor para esta forma de abuso sexual, es necesario recabar más datos de casos para determinar con mayor exactitud el factor para esta forma de maltrato.

Para el caso de la variable de la violencia intrafamiliar este factor para la forma de maltrato físico es un factor de riesgo altamente positivo el tener un agresor en la familia, ya que este produce un riesgo hasta 12 veces mayor de presentarlo que si no existiera; en el caso de maltrato en su forma de Abuso sexual no es un factor de riesgo determinante para decir que existe el riesgo para a forma de abuso sexual.

En la variable del nivel económico los resultados para presentar maltrato físico, esta variable resultó ser un factor alto de hasta 12 veces mayor de presentar maltrato físico si este menor convive en un medio económico bajo. Para abuso sexual (forma de maltrato) es un factor no determinante para presentar abuso sexual lo que indican que para presentar abuso sexual el menor no importa el nivel económico que tenga la familia de presentar el riesgo.

Para la variable de ser un producto deseado o no, este estudio para las tres formas de maltrato resultó que es una variable sin efecto independiente esta variable para la forma de maltrato aunque el número de casos que se presentaron frente a los controles no es significativo para determinar el factor de riesgo. Lo mismo ocurre para la variable del estado de higiene donde igual que la variable de ser un niño no deseado (producto deseado) no resultaron determinantes los resultados para ejecutar una opinión válida y certera.

La variable de tener las inmunizaciones completas para la forma de maltrato infantil el tenerlas completas es un factor protector lo que indica que si no es un factor de riesgo. Para el caso de abuso sexual resultó ser un factor sin efecto para que se produzca o no el abuso sexual.

En el retardo en la atención médica resultó ser una variable o un factor de riesgo en el cual no se puede calcular, si es o no factor de riesgo determinante para el maltrato ya que la mayoría de los casos no ocuparon atención médica y en los controles se refiere tener atención médica y es un factor que se preguntó directamente a la persona que acude con el menor a presentarlo y no se lleva la información necesaria para determinarlo; es por ello que es una variable que para este estudio resultó no tener efecto para poder determinarlo. En el caso de la variable de la desintegración familiar, este es un factor hasta protector para el caso de maltrato físico, indica que es mejor no convivir con el agente agresor; pero si por ejemplo la madre suple esa figura paterna agresora con un padrastro este factor se vuelve de nueva cuenta un factor de riesgo alto, indica que es mejor en caso de maltrato que el menor no conviva con su agresor y para el caso de la forma de maltrato por abuso sexual indico ser un factor no determinante en este estudio aunque a tendencia indica que si igual que para la forma de maltrato físico es imperante la no convivencia con el agresor.

X.CONCLUSIONES.

Toda violencia contra los niños y en particular el maltrato infantil en los 10 primeros años de vida, constituye un problema en sí mismo y un importante factor de otras formas de violencia y problemas de salud a lo largo de toda su vida como por ejemplo depresión, abuso y/o dependencia de alcohol y drogas, intentos suicidas, trastornos de pánico y estrés postraumático. Así como también uso excesivo de tabaco, trastornos alimentarios y comportamientos sexuales de alto riesgo, que a su vez están relacionados con algunas de las principales causas de muerte como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Los factores de riesgo estudiados en esta investigación que son considerados positivos para el maltrato son los antecedentes de maltrato en el agresor para que este produzca maltrato al menor, el consumo de alcohol y drogas es un factor alto para producir maltrato infantil, la convivencia de padrastro es un factor alto aunque también el que conviva con un padre agresor lo que ocasiona violencia intrafamiliar; el factor de una desintegración familiar es un factor protector si es que se separa el factor agresor podemos concluir que es mejor una familia desintegrada sin maltrato que una familia integrada con maltrato. Lo que llama la atención es que el maltrato infantil en las familias de bajos recursos económicos, es una agresión o un factor de riesgo alto para maltrato infantil, es decir a pobreza de un niño es agresión para él.

El desarrollo de la personalidad del individuo queda determinado si esta sufre de algún tipo de maltrato durante su infancia, por ello podemos concluir que la primera etapa de socialización que el niño vive en el núcleo familiar es muy importante para su futura relación con la sociedad.

El maltrato además, viola derechos fundamentales de los niños, y por lo tanto debe ser detenido, y en cuanto antes mejor. Mientras el abuso físico imprime

un daño visible a la víctima, el abuso psicológico refleja daño sobre aspectos psicológicos del individuo tales como la autoestima.

Los niños maltratados de hoy, se convertirán en los adultos problemáticos del mañana. Son quienes estarán a cargo de la sociedad, quienes llevarán adelante grupos y comunidades.

XI.RECOMENDACIONES.

En general las estrategias de prevención y/o atención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad y no solo de los sanitarios. No existe un consenso de que programas o servicios deben ofrecerse para prevenir el maltrato infantil. En parte es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno. Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño, establecer estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños más que en las omisiones en la atención por los padres. Evaluar situación de negligencia y consultar con Servicio de protección al menor.

Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, 30 – 70 %de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores. Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas, y otras). Ofrecer métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres-hijos. Considerar remitir a la familia a un centro de psicología para educar en el "manejo del enfado y la ira".

Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.

Coordinar con el trabajador social de la zona objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo. Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y

modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas) y de seguimiento de las familias de riesgo. Se incluyen las recomendaciones y los métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos.

Los casos de maltrato infantil no salen a la luz y no se denuncian porque no sabemos identificar los signos que delatan que a un niño le maltratan, o bien porque cuando las evidencias existen preferimos evitar problemas o tememos que hacerlas públicas pueda volverse en contra del propio niño. O también porque el presunto maltratador es una persona próxima o conocida. Es un problema de dimensión e interés comunitario: la sociedad en su conjunto debe buscar las soluciones pero; cuando un particular alimenta fundadas sospechas de que un niño o niña está sufriendo malos tratos debe actuar con responsabilidad ética y con la máxima prudencia. Lo primero es poner el caso en manos de los Servicios Sociales, que determinarán cómo se aborda la situación desde el aspecto legal, psicológico, familiar, escolar y contando con la colaboración de las instituciones especializadas en atención a menores. Si las intervenciones públicas tardan en actuar, no lo hagamos nosotros directamente ante el niño ni ante la familia. Y mucho menos aún, convirtamos estos hechos en objeto del cotilleo y morbo de la vecindad. La discreción y el sentido común son, en este caso, un deber moral y favorecen la solución de estas situaciones. Pensemos también en la imagen y honorabilidad de los supuestos maltratadores. Un exceso de celo puede ser perjudicial. Si los servicios sociales no atienden nuestra demanda, podemos insistir ante la institución correspondiente. De persistir la demora, tenemos el deber cívico de denunciar el hecho ante las autoridades, especialmente cuando la violencia que sufre el niño es manifiesta y reiterada. Corresponde a los servicios públicos de atención a la infancia abordar las situaciones de maltrato infantil, pero todos somos responsables de favorecer las condiciones sociales para que los derechos de los niños sean respetados.

La violencia no es una consecuencia inevitable de la coordinación humana. Nuestra meta debe ser crear entornos positivos, no violentos para y con los niños, niñas y adolescentes, en sus hogares, escuelas, instituciones y en la comunidad. Protegerlos contra la violencia tiene un inmenso potencial para reducir todas las formas de violencia en la sociedad, así como las consecuencias sociales a largo plazo asociadas a la violencia contra la infancia.

Es indispensable continuar investigando sobre las manifestaciones del maltrato infantil, sobre los factores que inciden en su aumento, como también en los factores protectores, de modo de poder implementar políticas públicas efectivas y eficientes que nos permiten avanzar en una sociedad basada en el respeto a los derechos de todos sus miembros.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Francia Reyes M. E., Maltrato Infantil. Un problema de todos. 2003, Revista Cubana de Medicina General Integral, v 19, n 1.
2. Santana-Tavira R., Sánchez-Ahedo R., El Maltrato Infantil: un problema mundial., 1998, Revista Salud Pública de México, v 40, n 1, 58-65.
3. Del Bosque-Garza J., Historia de la Agresión a los niños, 2003, Gaceta Médica de México, v 139, n 4, 368-370.
4. Robaina Suárez G, El Maltrato Infantil., 2001, Revista Cubana de Medicina General Integral, v 17, n 1, 74-80.
5. Guerrero-Cazares M. F., Delgado-Guerrero F., Clasificación actual del síndrome del niño maltratado., 2012, Revista del Hospital Juárez de México, v 79, n 1, 43-47.
6. Loredo Abdalá A., Maltrato al menor, 1994, 1-39.
7. Larraín S., Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar Paraguay, 2010.
8. Loredo Abdalá A., Maltrato en niños y adolescentes, 2004, 3-74.
9. Cervantes Ríos J. C., Metodología Participativa como prevención secundaria del maltrato a niños. 2003, DIF Jalisco, v 2, 45-60.
10. Perea Martínez A., Loredo Abdalá A., Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo. 2004, Acta Pediátrica Mexicana, v 25, n 4, 221-227.
11. Lago Barney G., Rojas Guerrero G., Síndrome de maltrato infantil, 2003, Precop SCP, Ascofame, año 5, modulo 2, 32-53.

12. Díaz Colina J. A., Díaz Colina M., Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el policlínico “ José Agustín Mas Naranjo” de Primero de Enero., 2011, *Mediciego*, v 17, n 1.
13. Loredó- Abdala A., Trejo-Hernández J. et al, Child abuse: risk factors associated with the macro and microenvironment in a suburban zone within Mexico city, 2003, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, v 60, 252-262.
14. Grosman C. P, Mesterman S., Maltrato al menor, 2004, 41-94; 180-216
15. Barcelate Eguiarte B. E., Álvarez Antillón E, Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil, 2004, *Acta Colombiana de Psicología*, 35-45.
16. Díaz Martínez A., Díaz Martínez L. R., Factores biológicos y sociales en la violencia y en el maltrato., 2010, *Psiquis México*, v 19, n 6, 166-172.
17. Rodríguez Almada H. Medicina legal de la mujer y el niño, 2007, 105-148
18. Kempe R. S, Kempe H., Niños Maltrato, 1998, 21-56.
19. Depardo Ghetti E. M., Rico Barrientos D., et al, Incidencia de niños con maltrato de Enero 2008- Julio 2009 en la Defensoría de la niñez, 2009, *Gaceta Médica Boliviana*, v 32, n 2, 35-38.
20. Julio Seldes J., Ziperovich V., Maltrato infantil. Experiencia de Abordaje interdisciplinario. 2008, *Archivos Argentinos Pediátricos*, v 106, n 6, 499-504.
21. Porto Zambon M., Ávila Jacintho A. C., et al, Domestic violence against children and adolescent: a challenge, 2012, *Rev Association Medic Brasil*, v 58, n 4, 465-471.
22. Loredó Abdalá A., Trejo Hernández J. , et al, Maltrato Infantil y síndrome de muerte súbita del lactante: estrategias para el diagnóstico diferencial, 2006, *Boletín Médico Hospital Infantil México*, v 63, 269-275.

23. Loredo- Abdala A., Trejo-Hernández J. et al, Children injured: abuse or accident? Diagnosis through indicators, 2003, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, v 60, 368-379.
24. Pinto B., Losantos M., Percepción de factores familiares de riesgo de maltrato infantil en niños y adolescentes en riesgo social de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, 2011, Ajayu, v 9, n 2, 308-323.
25. Blanco Tamayo I., Salvador Álvarez S., et al., Maltrato Infantil intrafamiliar, en un área de salud de Santiago de Cuba, 2000, Medisan, v 4, n 3, 30-37.
26. Larraín S. Bascuñán C, Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro, 2009, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio, n 9, 1-12.
27. Lamberti S., Bringiotti, et al, Maltrato Infantil, riesgos del compromiso profesional, 2003, 249-260.
28. Barragán Tejeda R. Síndrome del Niño Maltratado: tipología y características Médico Forenses de pacientes atendidos en el Hospital Civil “Dr. Juan I. Menchaca”, durante el periodo 2007-2011, 2012, 21-40.
29. Abuná Salcedo L. J., Pimenta Carvalho A. M., Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol, 2005, Revista Latino-am Enfermagem, v 13 n especial, 827-835.
30. Campos Muñoz M, Pérez Tabío Y., et al, Maltrato infantil intrafamiliar en niños de la escuela primaria “Salvador Pascual Salcedo”, 2010, MEDISAN v 14, n 2, 192-199.

XIII.ANEXOS.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.- DATOS GENERALES

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

EDAD DEL MENOR (1)	
EDAD	
0-2	
3-5	
6-8	
9-11	
12-14	
15-17	

GENERO DEL MENOR (2)	
FEMENINO	
MASCULINO	

EDAD DEL AGRESOR (3)	GÉNERO DEL AGRESOR (4)	ESCOLARIDAD DEL AGRESOR (5)
EDAD	FEMENINO	SIN ESCOLARIDAD
0-9	MASCULINO	KINDER
10-19		PRIMARIA
20-29		SECUNDARIA
30-39		PREPARATORIA
40-49		LICENCIATURA
50-59		POGRADO
60-69		
70 Y +		

II.- ES PRESENTADO POR: (6)	
PADRE	
MADRE	
ABUELOS	
TRABAJO SOCIAL	
OTROS	

PERSONA A LA QUE SE HACE REFERENCIA QUE ES EL AGRESOR: (7)	
PADRE	
MADRE	
ABUELOS	
PADRASTRO	
MADRASTRA	
OTROS	

INDICADORES DE MALTRATO

III.- INDICADORES DE SOSPECHA (8)			
ANTECEDENTES DE MALTRATO	SI	NO	
ALCOHOLISMO EN ALGUN INTEGRANTE DE LA FAMILIA	SI	NO	
DROGADICCIÓN DE ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA	SI	NO	
CONVIVENCIA CON PADRASTRO O MADRASTRA	SI	NO	
VIOLENCIA INTRFAMILIAR	SI	NO	
NIVEL ECONÓMICO	BAJO	MEDIO	ALTO
PRODUCTO NO DESEADO	SI	NO	
ESTADO DE HIGIENE	MALO	REGULAR	BUENO
INMUNIZACIONES INCOMPLETAS	SI	NO	
RETARDO EN SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA EN SU CASO	SI	NO	
DESINTEGRACIÓN FAMILIAR	SI	NO	

IV.- FORMAS DE MALTRATO INFANTIL (9)				
MALTRATO FÍSICO	SI		NO	
MALTRATO POR OMISIÓN	SI		NO	
ABUSO SEXUAL	SI		NO	