



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

TEMA

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”

**QUE PRESENTA LA C. HORTENCIA ORTEGA OSEGUERA
MÉDICO GENERAL**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA MÉDICA**

**DR. MARCO ANTONIO TORRES MORALES
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA MÉDICA**

**DRA. JAQUELINE CARRIÓN FLORES
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
ASESOR CLÍNICO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2008—2011**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE HIDALGO

C.D. JOSÉ LUIS ANTÓN DE LA CONCHA

**DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL AREA ACADEMICA DE MEDICINA
DEL I.C.Sa.**

**DRA. ANGELICA FRANCO SUÁREZ
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS DE MEDICINA**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN.
CATEDRÁTICA TITULAR DE METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN.**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARIA
DE SALUD DE HIDALGO.**

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO.

**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS.
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE
SALUD DE HIDALGO.**

DR. MARCO ANTONIO TORRES MORALES.

**ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE PEDIATRÍA MÉDICA**

DRA. JAQUELINE CARRIÓN FLORES

**ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA
ASESOR CLÍNICO**

INDICE DE CONTENIDOS:

- I.- Antecedentes. 1
- II.-Establecimiento del problema. 13
- III.-Objetivos 8
 - A) Objetivos Generales14
 - B) Objetivos Específicos. 14
- IV.-Definición de Términos15
- V.- Material y Método. 16
- VI.-Hallazgos 17
- VII.-Discusión23
- VIII.-Conclusiones. 24
- IX.-Bibliografía 26

I.-ANTECEDENTES

Desde el inicio del estudio del maltrato infantil, se ha propuesto la existencia de un denominado ciclo de transmisión de la violencia familiar (Steele y Pollock, 1968) que en la actualidad también se ha tratado de aplicar a la violencia de pareja (Yanes y González, 2000). Los datos provenientes de las primeras investigaciones (Hunter y Kilstrom, 1979) coincidían en considerar que la mayoría de los sujetos maltratadores habían tenido una historia de maltrato en la infancia y esto era un factor de riesgo muy relevante para convertirse en padre o madre maltratador. Algunas explicaciones etiológicas del maltrato infantil (Crivillé, 1990; Crittenden, 1988; Wolfe, 1985) se han desarrollado precisamente en base a la posible transmisión intergeneracional. Sin embargo, en la actualidad los estudiosos del fenómeno de la violencia familiar consideran de manera más compleja el ciclo de transmisión intergeneracional del maltrato infantil.⁽¹⁾

La revisión realizada por Kaufman y Zigler (1987) de los resultados obtenidos por Hunter y Kilstrom (1979), y los diferentes estudios longitudinales llevados a cabo (Altemeier, O'Connor, Sherrod y Tucker, 1986; Smith y Thornberry, 1995; Widom, 1989; Zingraff, Leiter, Myers y Johnsen, 1993) señalan que la experiencia de maltrato infantil constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un comportamiento maltratante como adulto. También se han considerado determinadas variables que explicarían el hecho de que sólo un limitado porcentaje de sujetos maltratados se conviertan en maltratadores. La existencia de dichos factores mediadores y moderadores explicaría los resultados de algunos estudios longitudinales (Altemeier, O'Connor, Sherrod y Tucker, 1986) en los que la historia del maltrato infantil no aparece como factor de riesgo para convertirse en maltratador adulto. Milner y Robertson (1990) observan que entre los abusadores sexuales hay una alta frecuencia de víctimas de maltrato físico infantil. DiLillo, Tremblay y Peterson (2000) observan que el hecho de ser víctima de abuso sexual en la infancia aparece como factor de riesgo para el maltrato o la negligencia en la época adulta. ⁽¹⁾

Asumiendo que únicamente un subgrupo de sujetos víctimas de algún tipo de maltrato repetirían con sus hijos los comportamientos considerados como maltratantes, sería importante avanzar en el conocimiento de las posibles diferencias entre quienes repiten y quienes no repiten el ciclo de maltrato infantil.⁽¹⁾ Avanzar en el conocimiento de cuáles son los factores moderadores (Baron y Kenny, 1986) que hacen aumentar o disminuir el riesgo generado por la variable predictora «historia de maltrato en la infancia». En la actualidad existe muy poca información válida y contrastada sobre esta cuestión. Se ha observado (Egeland, Jacobvitz y Sroufe, 1988) que el haber alcanzado una relación positiva con la pareja, haber recibido ayuda terapéutica profesional y el reconocimiento de haber sido víctima de maltrato parece diferenciar a los sujetos víctimas de maltrato infantil que desarrollan dicho comportamiento con sus hijos de quienes no lo desarrollan. También se ha considerado que un mejor apoyo social percibido ya sea actual (Egeland, Jacobvitz y Sroufe, 1988; Hunter y Kilstrom, 1979) o en la infancia (Caliso y Milner, 1994; De Paúl, Milner y Múgica, 1995) constituye un factor moderador relevante.⁽¹⁾ Parece, por tanto, necesario ampliar el conocimiento sobre cuáles son las variables que permiten reducir las posibilidades de que un sujeto con historia de maltrato infantil se convierta en maltratador.⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos sobre el maltrato y descuido de menores de edad con resultados no mortales provienen de diversas fuentes, tales como las estadísticas oficiales, los informes de casos y las encuestas basadas en la población. No obstante, queremos recalcar que la utilidad de éstas difiere; asimismo las estadísticas oficiales a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores de edad.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud refiere que las estimaciones obtenidas en estudios basados en la población varían considerablemente. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados Unidos, se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos/as. A partir de esta encuesta se obtuvo una tasa de maltrato físico de 49 por 1,000 niños/as cuando se incluyeron los siguientes comportamientos: golpear al niño/a con un objeto en un sitio que no eran los glúteos, patearlo/a, vapulearlo/a, y amenazarlo/a con un cuchillo o arma de fuego. ⁽³⁾ En su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, refiere que en el año 2000 hubo alrededor de 57,000 defunciones atribuidas a homicidios en menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios ^(9,7) de niños/as a nivel mundial indican que los lactantes y los/as niños/as muy pequeños/as corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los/as niños/as de 5 a 14 años (Organización Panamericana de Salud, 2002). ⁽²⁾

El riesgo de maltrato mortal de los/as niños/as varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo. En los/as niños/as menores de 5 años que viven en los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2.2 por 100,000 para los varones y de 1.8 por 100,000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100,000 para los niños y 5,1 por 100,000 para las niñas. ⁽¹⁰⁰⁾Las tasas más altas de homicidios de menores de 5 años de edad se encuentran en la Región de África de la OMS: 17.9 por 100 000 para los varones y 12.7 por 100 000 para las niñas. Se presentan las tasas más bajas en los países de ingreso alto de las regiones de la OMS de Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. ⁽⁴⁾

De acuerdo con UNICEF, en América Latina y el Caribe en 1999, unos 6 millones de niños, niñas y adolescentes fueron objeto de agresiones severas; se calcula que 80 mil menores mueren cada año por la violencia intrafamiliar. (Fuente UNICEF)Se estima que hay más de 185 mil menores expuestos a distintas formas de violencia como comercio sexual, tráfico internacional de estupefacientes, delincuencia juvenil, impacto de las guerras, conflictos armados y abuso sexual, entre otras. El 70% de la violencia en contra de niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar. ^(9,7)El abuso sexual es más frecuente entre los 5 y 9 años. ⁽²⁾

Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas no son inferiores y pueden en verdad ser superiores a las estimaciones del maltrato físico en los Estados Unidos. Los datos más comparables provienen del proyecto de Estudios Mundiales del Maltrato en el Entorno Familiar (WorldSAFE), una investigación efectuada en colaboración con diversos países. Los investigadores de Chile, Uruguay, Egipto, Filipinas y la India aplicaron un

protocolo básico común a muestras basadas en la población de las madres de cada país, con el fin de establecer tasas de incidencia comparables de formas severas y más moderadas de castigar a los/as niños/as.^(5,6) Un grupo de países formado por Bélgica, Francia, Hungría, Nueva Zelanda y la República Checa, tienen niveles entre cuatro y seis veces más altos de maltrato infantil que la media. Y se destaca a cinco naciones con una incidencia "excepcionalmente baja" de muertes infantiles por maltrato: España, Grecia, Irlanda, Italia y Noruega. ⁽⁷⁾

En Alemania y Gran Bretaña dos niños mueren cada semana a causa de maltratos, tres en Francia y cuatro en Japón, cifras que están no obstante lejos de los 27 casos semanales de muertes infantiles en Estados Unidos. ⁽³²⁾ El Centro Nacional de abuso y negligencia para con la infancia de los Estados Unidos (NCANDS), según datos recogidos de 50 estados y el distrito de Columbia, en 1996, 1077 niños y niñas murieron a causa de abuso o negligencia, de éstos un 77% tenía tres años o menos de edad.⁽⁸⁾

MEXICO

En México 2 niños menores de 14 años mueren cada día a causa de la violencia. Para 1999, el número de casos de maltrato fue de 12,516 niños y 12,433 niñas. De estas cifras el estado con mayor índice fue el de Coahuila con 4,150, seguido de Nuevo León con 3,067 y en tercer lugar el Estado de México con 1,885 casos, datos obtenidos del DIF.

En el 2005, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) registró un total de 677 muertes causadas por homicidios entre los jóvenes de este grupo de edad. Por otra parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002.

En casi la mitad de los casos (47%) la responsable fue la madre, en el 29% fue el padre, lo que significa que la familia que debería ser el lugar mejor equipado para proteger a los niños y niñas se puede convertir en una zona de riesgo para ellos. UNICEF asegura que México va de la mano con Portugal y los Estados Unidos de Norteamérica en muertes infantiles por maltrato. Ese antecedente dado a conocer luego del sondeo en los 30 países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE.

Las entidades federativas más señaladas se encuentran el Estado de México, Colima, Puebla, Chihuahua, Guerrero, Tlaxcala, Nayarit, Sonora y Oaxaca.

DEFINICIÓN

El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. ^(9,10)

Es una enfermedad social, presente en todos los sectores y clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos es todo acto u omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos de niños y jóvenes hasta los 18 años ("perjuicio, abuso físico o psicológico, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, acoso y abuso sexual, torturas, tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes") encaminado a hacer daño siempre en forma intencional, no accidental o a no proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello que excedan los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgreda el respeto a los derechos del niño", por

padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos o de adultos con autoridad sobre él ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales⁽¹¹⁾.

Es una situación que afecta el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación, su desempeño escolar, su socialización, y su conformación personal y profesional⁽⁹⁾ que perjudique su desarrollo normal con repercusión desfavorable en su desarrollo físico, psicológico y sexual.⁽¹¹⁾

TIPOS DE MALTRATO

El Abuso Físico o maltrato físico

Se caracteriza por causar daños físicos provocados por cualquier motivo y que puedan dar como resultado puñetazos, golpes, patadas, mordidas, quemaduras, sacudidas, u otras formas que puedan dañar físicamente a un niño. Existen diferentes tipos de lesiones: excoriaciones, hematomas, luxaciones, fracturas, quemaduras, heridas cortantes, desgarros, lesiones en vísceras. Provocadas por impacto, penetración, calor, empleo de cáusticos, sustancias químicas o de drogas, u otros objetos. ⁽¹⁰⁾Las fracturas en un 55% de los niños son debidas a abuso físico, más comúnmente en menores de 3 años y en un 80% de menores de 18 meses.^(11,12)

Negligencia o Abandono físico

No cubrir las necesidades básicas del niño. La negligencia puede ser física, educacional, o emocional. La negligencia física incluye la falta de atención médica o la atención tardía, abandono, expulsión de la casa o negativa a aceptar que un niño que se ha escapado regrese a casa y la supervisión inadecuada. La negligencia educacional incluye la concesión de ausencias escolares sin permiso, el no matricular a un niño en edad escolar en la escuela y el no prestar atención a las necesidades educativas especiales del niño. La negligencia emocional incluye la marcada falta de atención a las necesidades afectivas del niño, la negativa a proveer cuidado psicológico necesario, abuso conyugal en la presencia del niño y permitir que el niño use drogas o alcohol. Al nivel en que el cuidado se considera normal, considerando que el no proveer de las necesidades básicas se puede deber a la pobreza. ⁽¹⁰⁾

El Abuso Sexual

No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un menor, seducción verbal, solicitud indecente, se incluye aquí el incesto, la violación acariciar los órganos genitales de un niño, coito, sodomía, exhibicionismo, explotación comercial a través de la prostitución o de la producción de materiales pornográficos⁽⁹⁾. Expertos creen que el abuso sexual es la forma de maltrato de menores menos reportada debido a que el secreto o "la conspiración del silencio" caracteriza estos casos con frecuencia. ⁽¹⁰⁾ El abuso sexual reiterado no distingue clase social ni nivel cultural, constituye uno de los traumas psíquicos más intensos y tiene consecuencias sumamente destructivas en la personalidad de quien lo padece.⁽¹¹⁾

El Abuso Emocional (psicológico/abuso verbal/daño mental)

Conjunto de aspectos afectivos y cognitivos que se utilizan como actos para agredir al niño; incluye actos u omisiones (insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización) por parte de los padres u otros encargados que causen o puedan causar trastornos serios en la conducta.⁽¹²⁾

Se puede dividir en maltrato por déficit, por exceso o por alteración

El *maltrato por déficit* se refiere "A las carencias de la presencia de la madre, del padre, o en su defecto de la figura sustituto, quien suministra desde el alimento hasta el afecto con su contacto y protección (se suple con regalos el cuidado y el amor que no se expresa o que se niega) ⁽¹²⁾.

El *maltrato por exceso* se refiere a la sobreprotección, en donde; se inhabilita al niño, se le impide crecer y se le niega todo derecho a ser el mismo. Se hace de ellos seres inútiles y autoritarios, incapaces de establecer vinculaciones adecuadas ⁽¹²⁾. En el *maltrato emocional* por alteración, se hace referencia a la incapacidad de relacionarse con el niño, cuidarlo y darle amor. ⁽¹²⁾⁽¹¹⁾.

Abandono emocional

Situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Falta de respuesta por parte de los padres/madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa) o a sus intentos de aproximación o interacción. ⁽¹²⁾

Síndrome de Münchhausen por poderes

Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias al niño).⁽⁹⁾

Maltrato institucional

Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia tales como discriminación al atenderlos, incumplimiento de los servicios, autoritarismo en la escuela entre otros. ⁽¹²⁾

Maltrato Social

Es la insatisfacción de las necesidades básicas (educación, salud, vivienda, etc.) de los niños o adolescentes, como consecuencia de la falta de garantías estatales para el acceso de los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tiene a cargo su crianza, ya sean los progenitores o quienes los tengan a su cargo. Las modalidades más conocidas de maltrato social son, el abandono físico, el deterioro social, el niño de y en la calle, el infractor, el vinculado a la guerra o actos terroristas y el trabajador ⁽¹²⁾.

DIAGNOSTICO DE MALTRATO FISICO

- Lesiones cutáneo mucosas.
- Lesiones esqueléticas: Fracturas múltiples, de diferentes localizaciones.
- Lesiones viscerales: Ruptura de órganos internos como el hígado, el riñón, o el bazo.

DATOS DE SOSPECHA

- Lesiones craneoencefálicas (hemorragia retiniana, subdural y subaracnoidea).
- Trauma cervicofacial.
- Infante menor de un año con hematoma subdural sin lesiones externas asociadas.
 - a) Discrepancias entre el relato de lo acontecido y las lesiones que se observan.
 - b) El tiempo transcurrido entre el accidente y la consulta es prolongado.
 - c) La consulta se hace en horas de la noche o de la madrugada.
 - d) Antecedentes de "accidentes" (fracturas, heridas) atendidos anteriormente en diferentes centros asistenciales.
 - e) Ausencia de angustia ante la magnitud de las lesiones.

COMPLICACIONES

- Pobre auto-imagen.
 - Incapacidad para depender de, confiar en, o amar a otros.
 - Conductas agresivas, auto-destructivas, auto-abusivas, problemas de disciplina, escuela y, a veces, comportamiento ilegal.
 - Pasividad y comportamiento retraído.
 - Miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas.
 - Ansiedad.
 - Tristeza y depresión.
 - Visiones de experiencias ya vividas y pesadillas.
 - Abuso de drogas o de alcohol.
 - Bajos niveles de adaptación y funcionamiento social: dificultades para establecer vínculos amistosos, problemas con la comunidad
- Síntomas físicos (más frecuentes en los niños pequeños): Síndrome de falta de progreso, pérdida del apetito, enuresis.
- Repetir el acto sexual.

A menudo el daño emocional severo a los niños maltratados no se refleja hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando muchos de estos niños maltratados se convierten en padres abusivos y comienzan a maltratar a sus propios hijos. Un adulto que fue abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas. Estas víctimas, tanto hombres como mujeres, pueden tener problemas para establecer relaciones cercanas, para establecer intimidad y confiar en otros al llegar a adultos. (13).

SUICIDIO INFANTIL

En muchas ocasiones, el intento suicida (se logre el cometido o no), pudiera ser un acto impulsivo, cargado de angustia y desesperación, ante un castigo o regaño severo por parte de los padres o cuidadores. No necesariamente es respuesta a una depresión. (14)

TRATAMIENTO

DETECCION TEMPRANA

Debemos defender el interés superior del niño. Con sólo la sospecha tenemos la obligación de hacernos cargo de la situación.

DENUNCIA

La víctima generalmente es muy pequeña para hacerlo y mantiene una relación de afecto y dependencia con el agresor.

MEDIDAS DE RESGUARDO Y PROTECCION

Proteger al niño/a y detener el maltrato. La primera acción es evitar que el maltrato continúe. Acciones de protección:

- Manutención del niño en la familia, con mecanismos de control de la violencia y apoyo a la familia.
- Ubicación provisional del niño en una institución, con el fin de evaluar los recursos de la familia y empezar un trabajo terapéutico
- Recibimiento de la madre y en ocasiones del padre con los hijos en un centro de atención/bienestar familiar.
- En situaciones de alto riesgo, se buscará garantizar la permanencia a largo plazo del niño fuera de su casa, de preferencia con un miembro de la familia extendida, evitando, la ruptura definitiva de los vínculos que mantiene el niño con su núcleo familiar
- Debe impedirse el contacto agresor-víctima y, si fuere necesario, alejar al agresor del hogar al que aquél ha afectado.
- Nuestro objetivo es proteger al niño preservando la unidad familiar. la mayoría de los padres que abusan de sus hijos pueden y deben ser reeducados.(15)

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION.

1. Todo niño menor de 3 años que presente lesiones sospechosas de haber sido infligidas por el adulto a cargo, independientemente de su gravedad.
2. Todo niño con episodios reiterados de algunos de los tipos de maltrato.
3. Todo niño negligentemente cuidado en el cual se evalúa la situación familiar como de alto riesgo.
4. Todo niño con lesiones graves.
5. Todo niño mayor de 3 años con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Maltrato Infantil, sin posibilidad de seguimiento ambulatorio.

Menor abandonado (con cualquier forma de SMI) que concurre espontáneamente al hospital sin acompañante o con adulto que no es su cuidador (por ejemplo, vecino).

La entrevista debe ser tomada en un lugar reservado y el interrogatorio debe ser abierto, no dirigido, evitando en todo momento emitir juicios sobre lo escuchado, así como las expresiones de rechazo, enojo, desaprobación y / o acusación.

Es conveniente que el niño sea entrevistado sólo. La entrevista debe ser reservada, tratando de establecer una relación de empatía y confianza. (15)

RESOLUCION JUDICIAL

Que se le escuche en "su verdad", es decir, que los testimonios de los niños puedan constituir prueba y que le sea asignado un abogado.(16)

TRATAMIENTO ENCAMINADO A LAS VICTIMAS Y AL GRUPO FAMILIAR

1. Apoyo al niño/a víctima del maltrato: reparación del daño causado (tratamientos terapéuticos, apoyo familiar, escolar y social)
2. Medidas de reorganización o reintegración familiar: tratamiento de familias disfuncionales, mejorar la capacidad de los adultos para enfrentar los conflictos, con otros métodos que no impliquen agresión.
3. Medidas de tratamiento y reeducación al agresor: desarrollar una mayor capacidad de discernimiento y de aptitudes para solucionar los problemas en forma pacífica y técnicas para controlar la agresividad.
4. Se debe evitar, en la medida de lo posible, la separación del niño de su medio familiar.
5. Uno de los objetivos principales de la intervención debe ser estabilizar las actividades rutinarias del niño (escuela, relaciones sociales, etc.) (16)

Hacia los niños.

La actitud debe ser lo más natural posible, no hablando delante del niño sobre personas o situaciones que le recuerden el problema. Los niños no deben apreciar que se oculta la situación por parte del médico.(17)

Hacia los padres.

Reprochar a los padres su responsabilidad en la enfermedad del niño puede originar efectos indeseables, siendo el objetivo de la intervención obtener su colaboración, no la culpabilización, si bien no puede ignorarse la gravedad del caso. Debe promoverse el contacto de los padres con sus hijos, enseñando a aquéllos como atender correctamente las necesidades físicas y emocionales de sus hijos en las diferentes etapas evolutivas. Para ello, se debe favorecer la reflexión de los padres sobre el comportamiento de los hijos, problemas de la educación y cuidados, castigo físico, etc., y fomentar en los padres la búsqueda de ayuda para la resolución de los problemas en el cuidado de su hijo.(17)

SEPARACIÓN

1. Separación: Indicada para protegerle y evitar la repetición de los malos tratos.

2. Aislamiento (servicio de cuidados intensivos o por enfermedad infecciosa, problemas de salud mental, etc.) ⁽¹⁸⁾
3. La cobertura afectiva del niño.

La hospitalización puede ser una forma de protección y, a la vez, un medio diagnóstico y terapéutico al permitir la observación del niño y sus padres, e incluso, para establecer el diagnóstico en algunas formas como en el síndrome de Münchhausen por poderes. ⁽¹⁸⁾ Pero apartar al niño de su familia, con el objetivo de protegerlo, puede provocarle una victimización secundaria al privarle de importantes figuras de apego (madre, hermanos, amigos, ambiente escolar, barrio). ⁽¹⁸⁾ Apartar a un niño de su hogar puede ser interpretado por otros miembros de su familia como la expulsión de un foco de maldad moral provocando sentimientos de culpa en el niño por la situación. El resultado es que el niño es castigado y culpado al ser obligado a separarse de su familia y de sus importantes contactos sociales, impidiéndole que llegue a resolver sus sentimientos confusos sobre la situación a través del contexto familiar. ⁽¹⁸⁾

SEGUIMIENTO Y REHABILITACIÓN

Indicaciones sobre la necesidad de control pediátrico, tratamiento psicopatológico, rehabilitación, eventuales visitas domiciliarias, consignando lugar, frecuencia, fechas y nombres de las instituciones y profesionales que lo llevarán a cabo. Se debe informar a los padres sobre las decisiones tomadas y los motivos. Si surgiera la posibilidad de que por voluntad de los padres o por indicación del equipo de intervención, la guarda del niño sea otorgada transitoriamente a otro adulto (familia externa, etc). En ningún caso deben presentarse posibles familias interesadas en el cuidado del niño, ni a éste ni a su familia. ⁽¹⁹⁾

ALTA

La decisión la tomarán el pediatra tratante junto con el psicopatólogo, el asistente social y los profesionales intervinientes en el caso. Si existiera intervención de la Justicia, ésta debe autorizarla para que se haga efectiva. ^(20, 21) Una vez dado de alta el paciente, ya sea con su familia o a un hogar transitorio, el equipo interviniente debe sentar las bases para su seguimiento ambulatorio interdisciplinario ^(22,23).

COMPLICIDAD

Todos sabemos que existe cierto grado de complicidad, permisividad y simbiosis entre los miembros de la familia cuando ocurren hechos de malos tratos y abusos intrafamiliares. Esa complicidad a veces es consciente pero la gran mayoría de las veces es producto de miedos absurdos para los de "afuera". ⁽²¹⁾

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO MALTRATADO

EDAD

Los niños menores incluyen su mayor necesidad de cuidado y atención parental, menor capacidad para defenderse o evitar castigos físicos y para comunicar sus necesidades, llevando así potencialmente a la frustración de los padres. ⁽²¹⁾

ESTADO FISICO

No sólo el estado físico del niño como "las malformaciones congénitas o lesiones obstétricas (sobre todo las que ocasionan lesiones cerebrales) y prematuridad, se asocian a la potencialidad del maltrato; también la enfermedad de una madre durante el embarazo, un parto prolongado y difícil, un embarazo no deseado, la enfermedad, o bien la separación de la madre de su familia a causa de esta, da lugar a tensiones suplementarias ⁽²²⁾.

COMPORTAMIENTO

Tanto el comportamiento de los padres como el desarrollo psicológico de los niños, desempeñan un papel muy importante en la etiología del maltrato ⁽¹⁸⁾ como aquellos con hiperactividad.⁽²³⁾ Todos los aspectos del desarrollo moral del niño están afectados por el maltrato; desde el correcto establecimiento de los vínculos con otros, hasta el juicio y el acto moral; distorsionará el hecho de que el castigo es inherente a una conducta negativa; creerá que todas sus conductas serán malas; los factores internos no serían buenos mediadores, porque habría un gran retraso en el desarrollo cognitivo, creando en el niño una visión del mundo como la que tendría un niño amoral; los factores externos estarían cargados de una conducta de orientación contradictoria o vacilante por parte de los padres.⁽²⁴⁾

FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO

Para una adecuada intervención, es fundamental conocer algunos factores de riesgo ⁽⁸⁸⁾ ya que predisponen a que se presente el maltrato.

Algunos de los principales son:

- Factores inherentes al niño: niños no deseados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, etc. El discapacitado tiene mucho riesgo para ser maltratado y por lo tanto, se debe ser extremadamente cuidadoso en buscar signos en ellos. Usualmente, estos niños son irritables o por su discapacidad, no realizan la función que el adulto espera y son causa de frustración o culpabilidad en muchos padres o cuidadores, lo que lleva a maltratarlos.⁽²⁶⁾
- Factores inherentes a la familia: padres jóvenes, familia mono parental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia, abuso de sustancias, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental, problemas relacionales, familia numerosa conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social, situación de estrés, etc.⁽²⁶⁾
- Factores inherentes a la comunidad y a la sociedad: leyes de protección al niño inexistente o incumplidas, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales, etc.⁽²⁶⁾

Tradicionalmente, el personal de salud ha presentado poca atención al problema del maltrato y abuso sexual. Los casos son detectados y reportados solo cuando se producen lesiones muy severas.⁽³¹⁾

Cuando los trabajadores del sector salud asuman una posición responsable frente a la práctica de cualquier tipo de violencia hacia los niños, así sea bajo el pretexto de corregirlos, será posible conocer la verdadera dimensión del problema, tomar acciones preventivas contundentes y empezar su manejo temprano.⁽⁵⁰⁾

PADRES QUE MALTRATAN

Cuando se percibe a los padres de familia como aquellos que deben amar, proteger, orientar y apoyar a sus hijos en sus posibilidades de desarrollo y potencialidades diversas, resulta difícil entender porque el maltrato infantil cobra tan amplio espacio en las estadísticas sociales globales de la región. Los niños no constituyen grupos de presión social específicos, lo que permite la existencia de conductas de abuso por parte de los adultos, sin que exista una sanción social efectiva.⁽²⁷⁾ UNICEF reporta que el 77% de los casos de abuso y maltrato fueron perpetrados por los padres de la víctima. Un 11% correspondió a parientes del niño o niña maltratado y tan sólo un 2% correspondía a otras personas relacionadas con el cuidado de los menores. El 10% restante de los perpetradores fueron clasificados como no relacionados al cuidado de los infantes (extraños, miembros del mantenimiento de la casa, amigos, vecinos, entre otros) ⁽²⁸⁾ Los padres se comportan de manera diferente según el sexo de sus hijos/as. Las diferencias de género, si bien no son pronunciadas, favorecen a las niñas. ⁽²⁸⁾ Tres creencias erróneas de los padres maltratadores y el maltrato en sí:

1. Los padres que golpean a sus hijos se tratan siempre de sujetos que están en malas situaciones económicas (las tensiones íntimas esenciales son notablemente similares en padres con buena o con mala economía).
2. Los padres que maltratan a sus hijos son anormales, psicóticos, criminales o subnormales; Una de las primeras explicaciones sobre el fenómeno intentaba atribuir el maltrato infantil a graves alteraciones psicológicas en los padres, tales como esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva. Claro está que numerosas investigaciones han establecido que estas situaciones abarcan apenas un 10-15% de los casos.
3. Que el maltrato ocurre raramente.

LA FAMILIA

El camino que consolida el desarrollo moral, es atravesado por varios factores y momentos críticos en las diferentes etapas del desarrollo del niño, siendo el establecimiento del apego el más importante; este se consolida durante los primeros años de vida: "del conjunto familiar el niño va a tomar las notas más decisivas para una eficaz relación con el medio y en general para la formación de su personalidad. El establecimiento del apego depende de la interacción de la madre con el niño generándose una relación afectiva fundamental y decisiva para los dos ⁽²⁹⁾. El mundo social del bebé está formado por solo unos pocos individuos importantes: Hay dos situaciones familiares en que hay mayor riesgo de maltrato de los niños.

- a) Crisis en el ciclo vital de la familia: El maltrato pasa a ser parte de la expresión de la crisis. Los padres se ven sobrepasados, se rompe su equilibrio en el funcionamiento y pueden darse conductas de violencia con los hijos. En estos casos, los padres reconocen la violencia y en general piden y reciben ayuda para superar la situación.
- b) Los malos tratos forman parte de la manera como esa familia se relaciona entre sí. Barudy distingue cuatro situaciones donde se organizan sistemas abusivos.
 1. Carencia de los padres de cuidados maternos en su medio social y familiar durante su infancia.
 2. Carencia de los padres de una figura paterna. Esto implica trastornos con la autoridad y la simbolización del papel paterno.

3. Carencias en la estructura familiar. Hay alteraciones en la organización jerárquica de la familia.
4. Carencia de los intercambios entre la familia y el entorno. Puede existir un aislamiento muy grande o fronteras muy difusas.⁽²⁹⁾

EL AGRESOR

En el agresor las principales características de riesgo serán las frustraciones, el estrés, los conflictos hogareños y el bajo nivel socioeconómico; la pobreza incrementa el estrés y este la agresividad. El nivel escolar y la edad no parecen ser factores predictivos, pero parece ser más frecuente entre padres adolescentes por su inmadurez para enfrentar la responsabilidad de la paternidad. En relación con el sexo, la mujer maltrata más, pero suele ser el hombre quien lo hace con mayor severidad y gravedad. No se relaciona con la ocupación, pero sí con el desempleo, subempleo y trabajos inestables. Y como podemos observar en contra de lo que muchos piensan, apenas el 5 % son sicóticos o con verdaderas inadaptaciones sociales, pero lo que sí es un hecho es que en la mayoría existen antecedentes de haber sido ellos mismos víctimas de maltrato en su infancia.⁽³⁰⁾

EXTRAFAMILIARES:

Son aquellos que se derivan de la influencia de los aparatos ideológicos estatales y de la reproducción de la violencia a través de un ciclo de enseñanza-aprendizaje denominado de pedagogía negra:

- La escuela,
- La Iglesia,
- Los padres,
- La calle
- Los medios de comunicación.

La Escuela. Impone modelos pedagógicos controladores y castradores a través de la utilización de elementos punitivos que son reales, como el castigo emocional o corporal.⁽³¹⁾

La Iglesia. Impone modelos de índole sobrenatural mediante la utilización de elementos de refuerzo que, a diferencia de los usados por la escuela, son básicamente metafísicos en el sentido de no ofrecer castigo real e inmediato sino una promesa de premio o punición a muy largo plazo. *Los padres.* Es decir, los iguales a cada individuo, ya sea por posición socioeconómica, cultural, de espacios –habitacionales, laborales, lúdicos, entre otros–. Estos actúan como modelos de valores, comportamientos, costumbres y actitudes mediando un mecanismo de reflejo, en el que se produce un intercambio en los flujos de información del tipo yo-otro-yo.⁽³¹⁾

La calle. Como hábitat externo, a veces temporal y otras permanente, influye como modeladora de la personalidad del individuo, ya sea con presiones que desencadenan mecanismos de defensa o bien transmitiendo valores nuevos que suplantán tradiciones y costumbres sin proceso de selectividad alguno. *Los medios de comunicación.* Con su importante influencia contemporánea en la transmisión de modas, tipos, arquetipos y estereotipos de toda índole.⁽³¹⁾

II. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil ha existido desde siempre; en nuestro país son pocos los datos acerca del problema, debido primero a la falta de su detección y registro, esto no permite visualizar la magnitud real. El niño maltratado sufre un daño irreparable que trasciende durante su vida adulta influyendo en su conducta y creando un círculo vicioso que condiciona nuevas víctimas de maltrato. Por lo anterior es necesaria una forma útil de detección e identificación de factores asociados en el desarrollo de maltrato infantil que nos permitan-al ser identificados- establecerlos como factores de riesgo y realizar medidas encaminadas a la prevención. Es importante Cuestionar: ¿EXISTEN FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL MALTRATO INFANTIL?

III.- OBJETIVOS

A.-OBJETIVO GENERAL:

Detectar el maltrato infantil y sus principales factores asociados en niños que acuden al servicio de pediatría del Hospital General de Pachuca.

B.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.-Conocer su distribución por sexos.
- 2.-Identificar el Grupo de edad más afectado.
- 3.-Establecer si existen adicciones en alguno de los padres.
- 4.-Identificar al agresor más frecuente.
- 5.-Reconocer antecedentes previos de maltrato en el agresor.
- 6.-Conocer si existe disfunción familiar.
- 7.-Identificar factores asociados en el niño, como presencia de enfermedad o discapacidad.
- 8.-Determinar la presencia de maltrato infantil, falla en la crianza o abuso sexual en los pacientes evaluados.

(Evaluados mediante la Tabla de factores asociados.)

IV.- GLOSARIO DE TÉRMINOS:

-Maltrato infantil

Toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

-Sexo

División del género humano en dos grupos: mujer o hombre.

-Padre mas maltratador

Aquel que ha tenido descendencia y ejerce maltrato.

-Disfunción familiar

Acciones compatibles con alteración familiar ya sea verbal, física o emocional.

-Adicciones

Tomando como consumo: alcohol, drogas(Cocaína, heroína, morfina), uso de cualquier otra sustancia toxica o medicamentos controlados.

V.- MATERIAL Y METODOS

Universo de trabajo.

Se realizo el estudio con un diseño observacional, transversal y descriptivo, en el período de marzo 2011 a abril 2011 en el servicio de pediatría del hospital general de Pachuca áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización, se evaluaron todos los pacientes menores de 15 años que por alguna razón acudieron al servicio de pediatría con o sin datos de Maltrato infantil con el fin de identificar los factores asociados de manera más frecuente.

Sujetos y recolección de datos.

Durante su ingreso al servicio de pediatría, su permanencia en el servicio de urgencias, o al momento de acudir a la consulta externa se realizo interrogatorio dirigido a la determinación de maltrato infantil, se interrogo edad, sexo y si se identifico alguna forma de maltrato, se clasifico según evaluación de aiepi en : compatible con maltrato físico y/o abuso sexual, sospecha de maltrato, falla en la crianza o sin sospecha de maltrato y se interrogaron los factores asociado(identificación del agente maltratador, parentesco, escolaridad y antecedentes de maltrato en el mismo asi como adicciones, disfunción familiar).⁽³³⁾

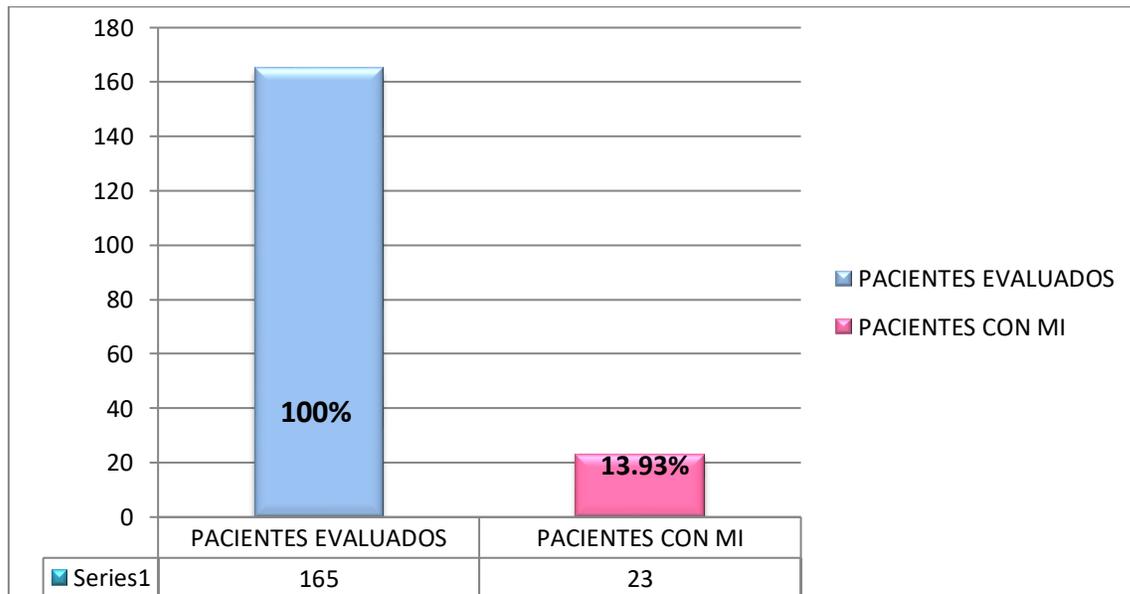
Se informó a los padres sobre el estudio, con previa autorización y consentimiento informado, se realizó la evaluación para la identificación de maltrato infantil, clasificación y detección de factores asociados.

Análisis estadístico. Recabados los datos del expediente clínico de manera personal, se realizó una base de datos la cual fue procesada y capturada en el programa de Excel y el SPSS 17.0, se valoró de manera descriptiva, la media, moda, promedio de algunas variables.

VI.-HALLAZGOS

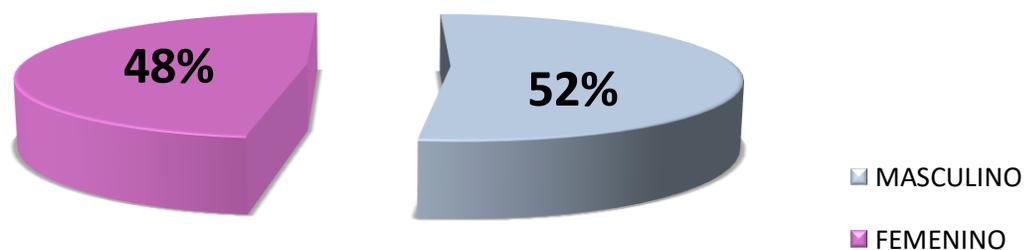
En el período de marzo 2011 a abril 2011 se evaluaron un total 165 pacientes menores de 15 años que por alguna razón acudieron al servicio de pediatría del Hospital General de Pachuca. Solamente 23 pacientes (13.93%) presentaron datos correspondientes a maltrato infantil figura 1. Los pacientes con datos de maltrato infantil 12 se identificaron del sexo masculino (52%) y 11 del sexo femenino (48%) figura 2.

Figura 1. Pacientes afectados por maltrato infantil en relación al total de pacientes evaluados.



Fuente: Hoja de evaluación AIEPI

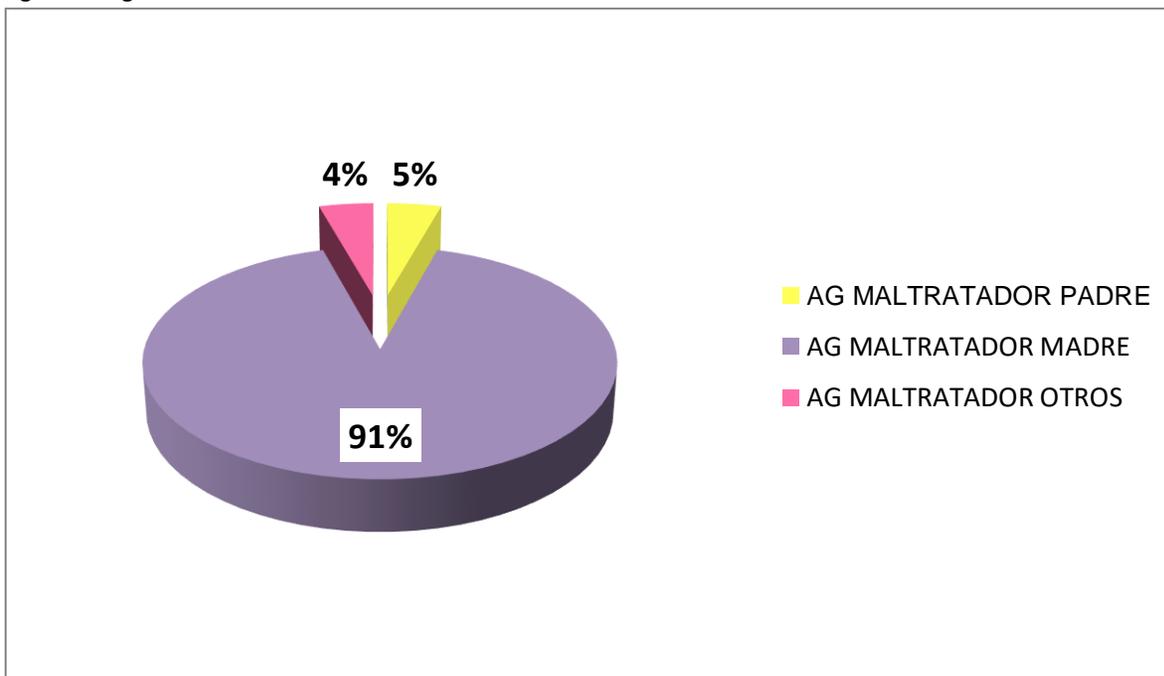
Figura 2. Sexo mas afectado en los pacientes evaluados con Maltrato infantil



Fuente: Hoja de evaluación AIEPI.

El agente maltratador principal de los pacientes que fueron identificados con maltrato infantil fue la madre en 91%, 4% el padre y 5% otros.

Figura 4. Agente maltratador más frecuente



Fuente: Hoja de evaluación de Factores Asociados .

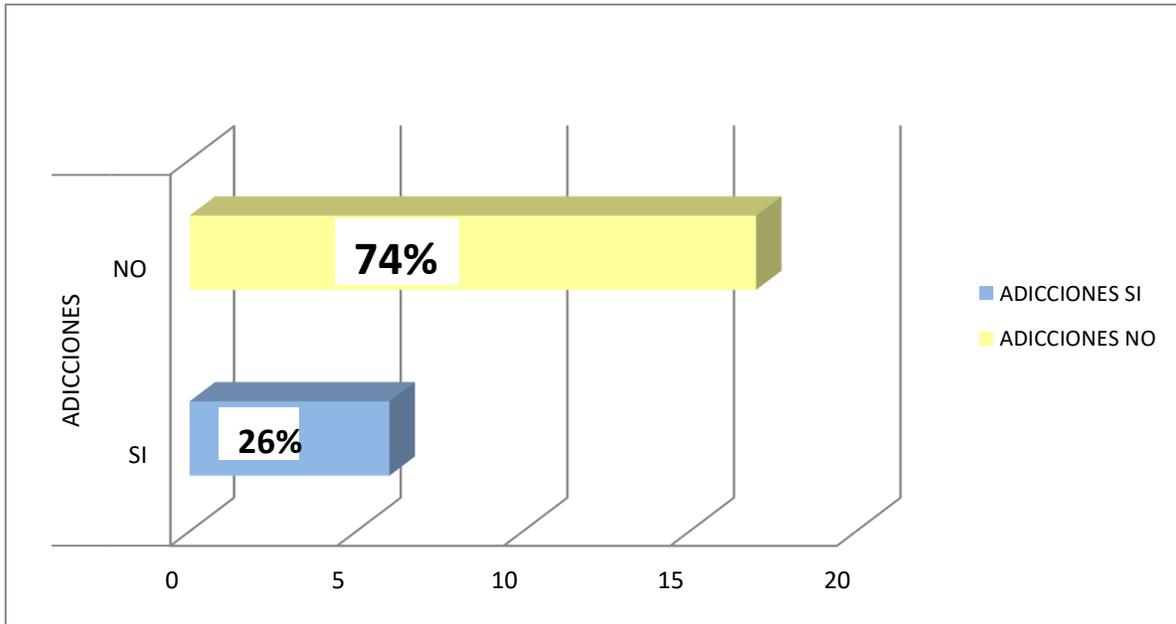
CUADRO 1

Características generales de 23 pacientes que tuvieron datos correspondientes con maltrato infantil.

CARACTERISTICAS	RESULTADOS
AFECTADOS POR MALTRATO INFANTIL Evaluaciones 165 Afectados por maltrato infantil	100% 23 (13.93%)
SEXO MAS AFECTADO Femenino con Maltrato infantil Masculino con Maltrato infantil	11(48%) 12(52%)
AGENTE MALTRATADOR Padre Madre Otros	1 (5%) 21 (91%) 1 (4%)

Presencia de adicciones reportadas en alguno de los agentes de maltrato en los pacientes evaluados en el hospital general de Pachuca 2011.

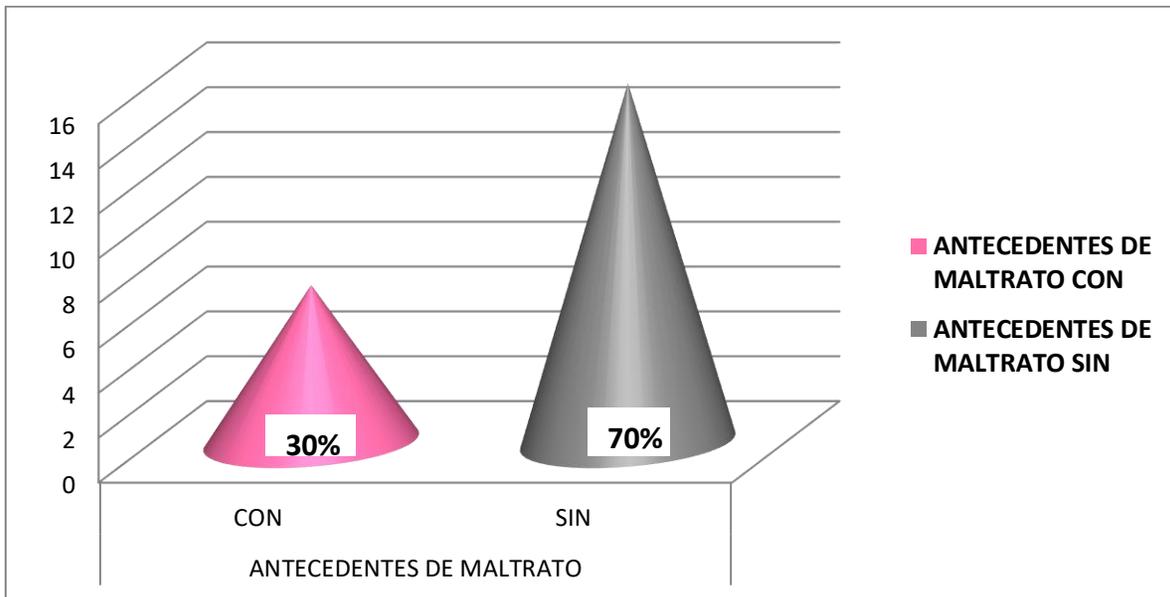
Figura 5. Adicciones en los agentes maltratadores



Fuente: Hoja de evaluación de Factores Asociados.

Dentro de los antecedentes de maltrato se identificaron 7 pacientes de 23 que reportaban antecedentes de maltrato infantil durante su infancia.

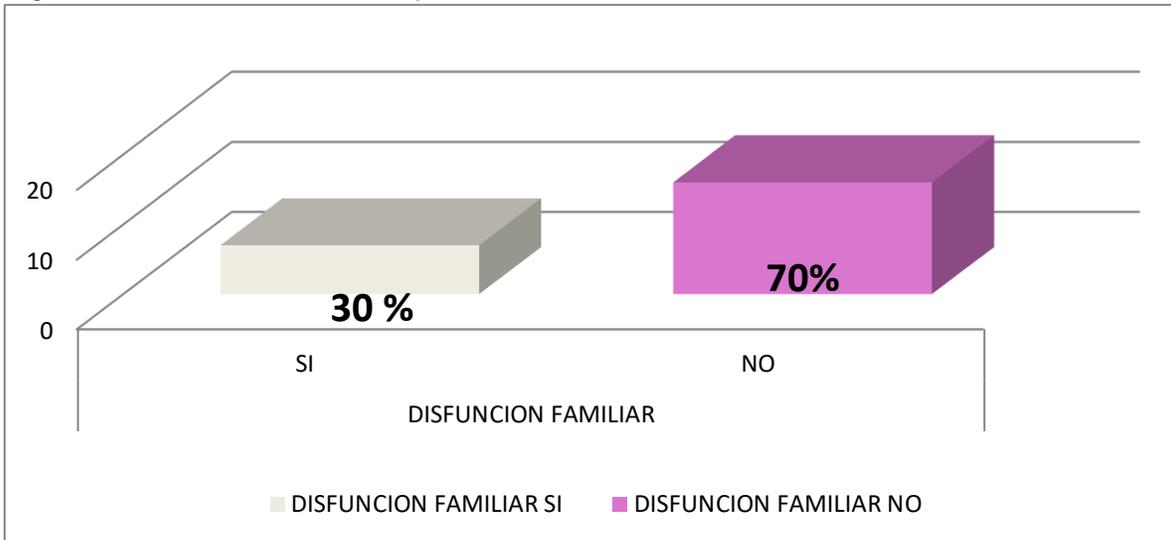
Figura 6. Antecedentes de maltrato infantil en el agente maltratador



Fuente: Hoja de evaluación de Factores Asociados.

Se encontraron datos compatibles con disfunción familiar en 7 pacientes de los 23 pacientes evaluados.

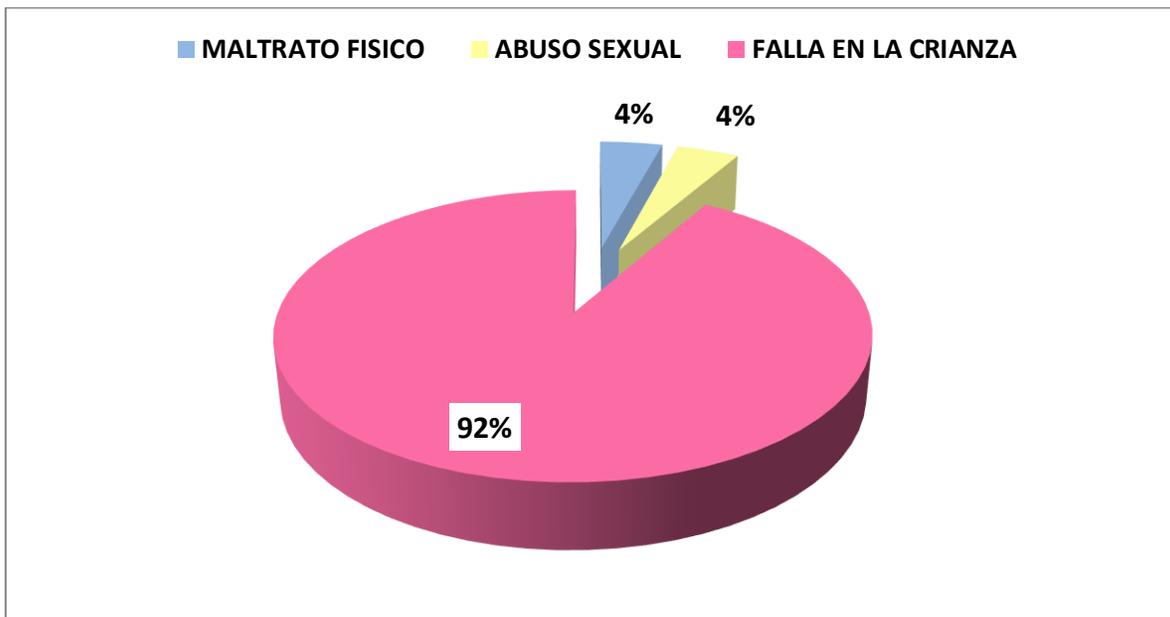
Figura 7 Disfunción familiar en los pacientes con maltrato infantil.



Fuente: Hoja de evaluación de Factores Asociados .

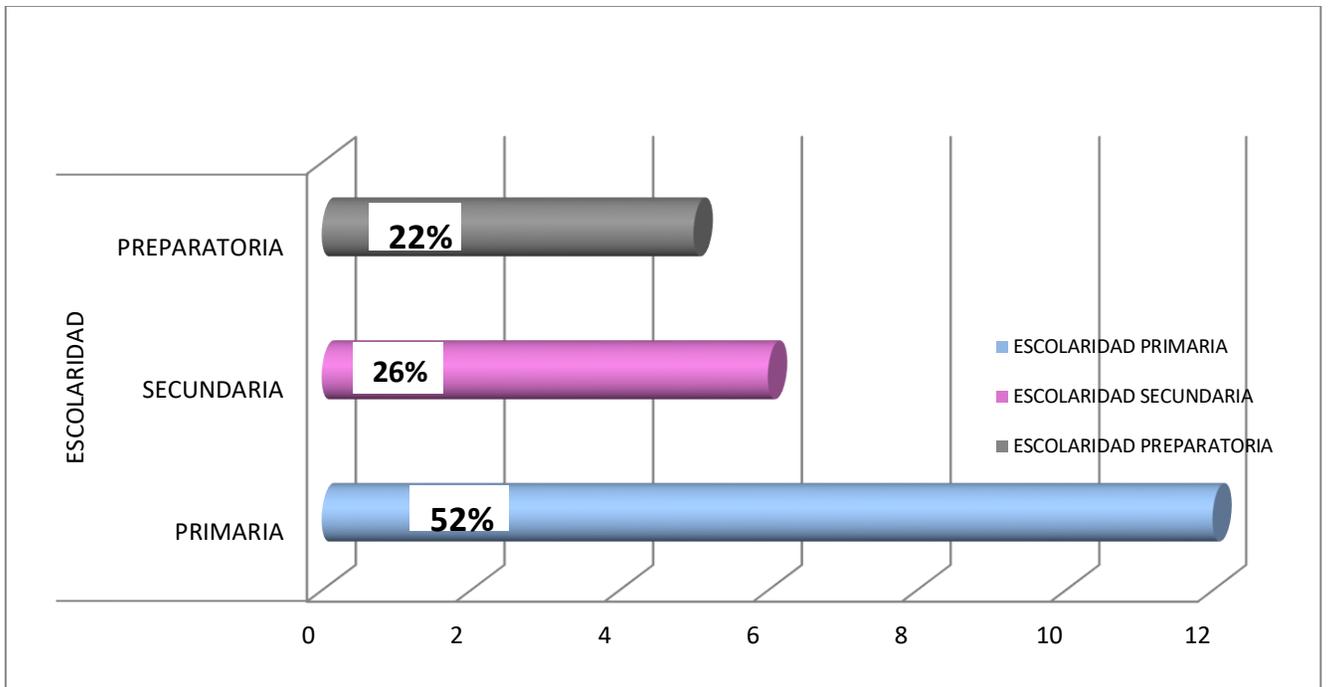
El tipo más frecuente evaluado de maltrato infantil según el formato de aiepi fue de falla en la crianza, solo se reporto 1 caso de abuso sexual y maltrato físico.

Figura 8 Tipos de Maltrato infantil identificados



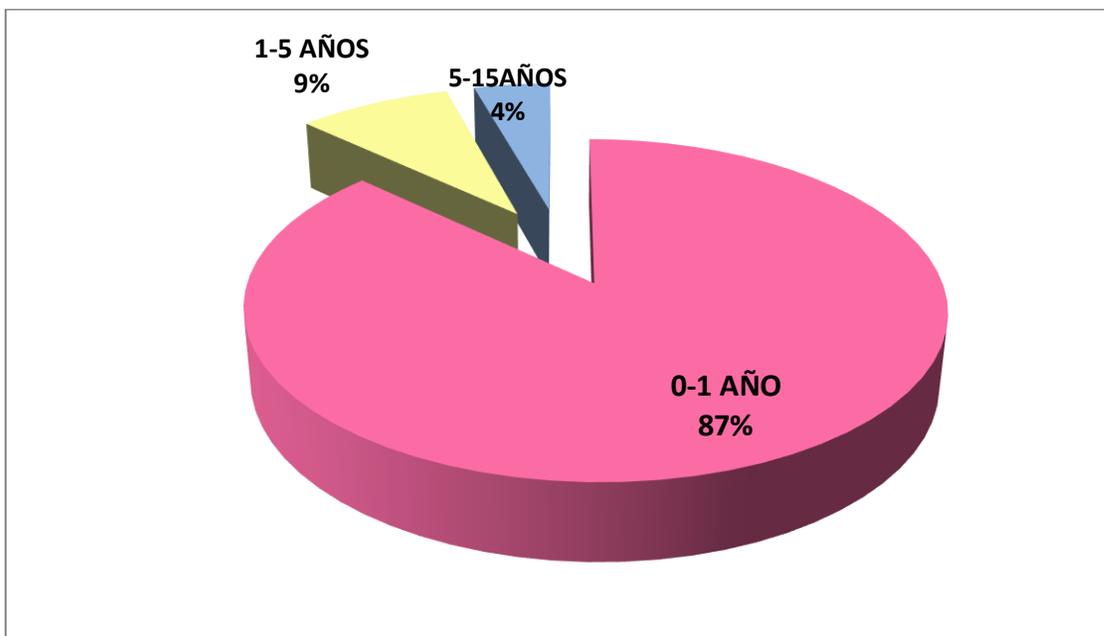
Fuente: Hoja de evaluación y de Factores Asociados

Figura 9. Escolaridad del agente maltratador.



Fuente: Hoja de evaluación de Factores Asociados

Figura 13. Edades de los pacientes evaluados por maltrato infantil.



Fuente: Hoja de evaluación factores asociados

CUADRO 2. Factores asociados en pacientes con datos de maltrato infantil.

CARACTERISTICAS	RESULTADOS
ADICCIONES EN EL AGENTE MALTRATADOR	
Con adicciones	6 (26%)
Sin adicciones	17 (74%)
ANTECEDENTES DE MALTRATO EN AGENTE MALTRATADOR:	
Con Antecedentes de Maltrato	7 (30%)
Sin	16 (70%)
DISFUNCION FAMILIAR	
Con disfuncion familiar	7 (30%)
Sin disfuncion familiar	16 (70%)
TIPOS DE MALTRATO INFANTIL	
Falla en la crianza	21 (92%)
Maltrato fisico	1 (4%)
Abuso sexual	1 (4%)
ESCOLARIDAD EN EL AGENTE MALTRATADOR	
Primaria	12 (52%)
Secundaria	6 (26%)
Preparatoria	5 (22%)
EDAD DE LOS PACIENTES EVALUADOS	
Menor de 1 año	14 (61%)
1 año-5 años	7 (30%)
5-15 años	2 (9%)

VII.- DISCUSION:

El síndrome del niño maltratado descrito por Kempe en 1962 quien reporto lesiones no accidentales en niños debido a actos violentos por los padres o de parte de otros adultos responsables de su cuidado, hace parte del gran problema de violencia que impera en la sociedad actual y un hecho que va en aumento⁽²⁾.

En nuestro hospital al igual que en la mayoría de los hospitales del país no se realiza una evaluación encaminada a la detección de maltrato infantil.

En el presente trabajo, se identificaron los factores asociados a maltrato infantil en niños que acudieron al servicio de pediatría. La incidencia fue de un 13.93% correlacionado con las estadísticas nacionales. El sexo más afectado fue el masculino en un 52% correspondiendo con lo reportado en la epidemiología mundial con un 17.9% para el sexo masculino y un 12.7 para el femenino ⁽⁴⁾. Los factores asociados relacionados con antecedentes de maltrato, adicciones pero escasamente con disfunción familiar.

En el reporte para el agente maltratador en el 2005, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) registró un total de 677 muertes en el 47% la responsable fue la madre ⁽³⁾ en nuestra evaluación fue el agente maltratador principal en un 91% acorde con los reportes de UNICEF donde 70% de la violencia tiene lugar en el entorno familiar, solo encontramos en un 4% que el agresor fue otra persona no familiar. ^(9,7)

Se detecto en un 74% de los agentes maltratadores la presencia de adicciones, y en un 70% de estos, antecedentes de maltrato, correspondiendo con lo reportado en la literatura, los datos provenientes de las primeras investigaciones (Hunter y Kilstrom, 1979) coincidían en considerar que la mayoría de los sujetos maltratadores habían tenido una historia de maltrato en la infancia y esto era un factor de riesgo muy relevante para convertirse en padre o madre maltratador. ⁽¹⁾

Los malos tratos forman parte de la manera como esa familia se relaciona entre sí⁽²⁹⁾ sin embargo en nuestro estudio un 30% solamente se identificaron datos de disfunción familiar.

En cuanto a los tipos de maltrato un 92% correspondió a falla en la crianza un 4% a maltrato físico y un 4% a abuso sexual.

La escolaridad del agente maltratador fue en un 52% primaria, 26% secundaria y 22% preparatoria. Correlacionando en agresor las principales características de riesgo serán las frustraciones, el estrés, los conflictos hogareños y el bajo nivel socioeconómico; la pobreza incrementa el estrés y este la agresividad. El nivel escolar y la edad no parecen ser factores predictivos.⁽³⁰⁾

Las edades de los pacientes con maltrato infantil fueron un 87% con edades de 0-1año, 9% fueron pacientes de 1 año a 5ª años y 4% de 5años a 15años los lactantes y los/as niños/as muy pequeños/as corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los/as niños/as de 5 a 14 años (Organización Panamericana de Salud, 2002). ⁽²⁾

VIII.- CONCLUSIONES:

En el Hospital General de pachuca al igual que en otros hospitales del país no se cuenta con una forma de detección de maltrato infantil, en nuestro estudio se encontraron 13.9% pacientes con maltrato infantil, por tanto, existe la necesidad de considerar el maltrato infantil dentro de los diagnósticos pediátricos posibles, debiendo estar incluido como una enfermedad más a descartar o confirmar.

El maltrato infantil debe plantearse como el diagnóstico diferencial ante niños que acuden con traumatismo, intoxicación y problemas de salud no explicados.

Deben detectarse aquellas situaciones de negligencia y abandono en los cuidados alimenticios, déficit de inmunizaciones, controles inadecuados inasistencia a los programas del niño sano. Ya que el principal tipo de maltrato según nuestra evaluación fue la falla en la crianza caracterizada por lo ya mencionado donde podemos llegar a observar complicaciones en el paciente pediátrico que pueden afectar y repercutir en su salud.

Los niños menores son reportados por la literatura como los con mayor potencialidad para ser objeto de maltrato debido a su mayor necesidad de cuidado y atención parental, menor capacidad para defenderse o evitar castigos físicos y para comunicar sus necesidades, llevando así potencialmente a la frustración de los padres.⁽²¹⁾ nosotros identificamos que un 87% de los pacientes con maltrato fueron menores de 1 año lo que nos obliga a una evaluación cuidadosa en nuestro primer contacto.

Así mismo este estudio nos ayuda para valorar algunos factores que debemos tomar en cuenta a la hora de consulta con un paciente pediátrico, que han podido ser correlacionados con la literatura y que nos servirán en la identificación de maltrato infantil y en la prevención de complicaciones.

RECOMENDACIONES:

Establecer una forma de evaluación y detección de maltrato infantil en cada paciente que acuda al área de hospitalización y consulta externa de pediatría.

Realizar medidas de prevención para presencia de maltrato infantil en pacientes donde identifiquemos factores de riesgo.

No olvidar la importancia de la evaluación integral del paciente pediátrico y la orientación a los padres que por si sola nos evitara a consecuencia el maltrato infantil.

Determinar medidas de orientación y manejo en caso de detección de maltrato infantil.

IX.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Paul J."Recuerdos de MI en maltratador y Potencial de maltrato en victimas de maltrato infantil y abuso sexual" *Psicothema*: 2002. Vol. 14, nº 1, pp. (53-62).
- 2.-Robaina S.G. "Maltrato infantil". *Rev. Cubana de med Gen Integral* Mayo 21, 2002. (2-4)
- 3.-Meza S.A."Maltrato infantil y desarrollo moral", *Revista Psykhe* Marzo 12 2004. (12)
- 4.-Andrew P., Sirotnak, Grigsby T, Richard D. Krugman. "Maltrato en Menores", *Pediatrics in Review*; August 2004:25(1-4)
- 5.-Markenson D., "National Assessment of Knowledge, Attitudes, and Confidence of Prehospital Providers in the Assessment and Management of Child Maltreatment". *Pediatrics*; January 2007:1(119).
- 6.-Tavira S. R., "El maltrato Infantil, Un Problema Mundial", *Rev. Salud publica, Mex*, febrero 1998:2(12)
- 7.-Perez F.G., Gonzalez P.J."Violencia en el niño". Ponencia Taller de Violencia. La Habana, Biblioteca del Instituto de Medicina Legal:1995(1) No. 54.
- 9.-Harrison LM, Morris JA, Telford DR, Brown SM. "Sleeping position in infants over 6 months of age: implication for theories of sudden infant death syndrome". *Rev. Immunol. Med. Microbiol.* 1999; 25(1-2):29-35.
- 10.-Almenarez A. M, Louro B. I, Ortiz G. "Comportamiento de la violencia familiar." *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 1999;15(3):285-92.
- 11.-Oliván G. G. "Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida". *Anales Esp. Pediatr.* 1999; 50: (151-155.)
- 12.-Oliván G. "Maltrato en niños con discapacidades características y factores de riesgo". *Anales Esp. Pediatr.* 2002:52 (145-146)
- 13.-Morris M.W., Smith S, "Evaluation of Infants With Subdural Hematoma Who Lack External Evidence of Abuse". *Pediatrics*;2000:105(549-553).
- 14.-Diane, E. Papalia, Rally, Ruth D. F. "Psicología del desarrollo". 8ctava edic. Editorial Mc graw hill.2008 (8)
- 16.-Farith S., Velasco M., Noboa S., Calle H., Guido P., Piedad O.S; "Propuesta para integrar el tema del maltrato infantil y de la protección integral en el currículo de varias carreras universitarias". Quito: INNFA, 1999.(11)
- 17.-Kempe H., Krugman, Richard. "Niños maltratados y abandonados." *Revista Salud Mundial, OMS.*1993:46,(22-23)
- 18.-Morris M.W., Smith S "Evaluation of Infants With Subdural Hematoma Evidence of Abuse". *Pediatrics*, 2000:105(549-553)

- 19.-Chu J.A., Frey L.M., Ganzel B.L. "Dissociative Disorders and Trauma Program.American Journal of Psychiatry".may1999:156(5):749-755.
- 20.-Ney M.D. "Relación entre el abuso a los niños. Canada Journal of psychiatry.1979 Vol24, pp (610-620).
- 21.-Novoa S., Fernando, De la Barra M. D., Flora "Síndrome del niño maltratado." Revista Chilena de Pediatría., Santiago de Chile .Vol. 63,1992(1-12).
- 22.-Botash A.S." Reglas básicas que los pediatras deben saber acerca del abuso sexual en niños." Contemp. Pediatrics, 1994; 11(83-100).
- 23.-Martínez MM, Reyes RR. "Maltrato infantil. Un problema inquietante". Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 50 (557-563).
- 24.-Tyler R, Howard J, Espinosa M, Simpson DS. "Placement with substance-abusing mothers vs placement with other relatives": Infant outcomes. Child Abuse Negl.1997;21(337-349).
- 25.-Lesnik O. M., Arend JK, Cohen L.," Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers, a test of the three-factor theory". Child Abuse Negl. 1995;19:(33-49)
- 26.-Coldman P. "Manual básico para el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil. Save the Children." Reino Unido. Bogotá, Colombia. Segunda Edición. Marzo 2002.
- 27.-Triezt. Cruzada Nacional por el "Buen trato a la infancia". Sociedad Colombiana de Pediatría. Segunda edición. Septiembre 2001.
- 28.-Guarin L. "Panorama del maltrato y abuso sexual en América del Sur. Asociación Afecto - Save the Children". Reino Unido. Bogotá, Colombia. Mayo 2001.
- 29.-Klevens, Joanne. "Lesiones de causa externa factores de riesgo y medidas de prevención". Santafé de Bogotá, Febrero de 1998.
- 30.-Montoya C."Maltrato infantil. Promoción del buen trato para la prevención y atención del maltrato infantil y el abuso sexual". Seguro Social. Santafé de Bogotá. Noviembre 1998.
- 31.-Nuñez. "ABC del abuso infantil". Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. Nicaragua. Agosto 1999(7)