

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
MALTRATO INFANTIL”**

**GILDA JUDITH AZURDIA JUÁREZ**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Pediatría**

**Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias en Pediatría**

**Abril 2012**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HACE CONSTAR QUE:**

La Doctora: Gilda Judith Azurdia Juárez

Carné Universitario No.: 100016520

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Pediatría, el trabajo de tesis **"Prevalencia y factores de riesgo asociados a maltrato infantil"**.

Que fue asesorado: Dr. Hilmar Augusto Larios Villagrán

Y revisado por: Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para marzo 2012.

Guatemala, 13 de marzo de 2012

**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**

Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**

Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

Dr. Oscar Fernando Castañeda  
Coordinador Docente Maestría de Pediatría  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis Titulado:

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MATRATO INFANTIL”

Estudio prospectivo transversal sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a maltrato infantil en niñas y niños menores de 5 años registrados con sospecha de maltrato realizado en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 01 de enero del 2009 al 31 junio 2010.

Perteneciente al Dra. Gilda Judith Azurdia Juárez, el cual ha sido revisado y aprobado para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Hilmar Augusto Larios Villagrán  
Pediatra Neonatólogo  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Asesor de Tesis

Dr. Ricardo Walter García Manzo  
Coordinador Académico de Maestrías  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis Titulado:

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MATRATO INFANTIL”

Estudio prospectivo transversal sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a maltrato infantil en niñas y niños menores de 5 años registrados con sospecha de maltrato realizado en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 01 de enero del 2009 al 31 de junio 2010.

Pertenece a la Dra. Gilda Judith Azurdia Juárez, el cual ha sido revisado y aprobado para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Oscar F. Castañeda Orrellana MSc  
MEDICO PEDIATRA  
COLEGIADO No. 6,482

Dr. Oscar Fernando Castañeda  
Coordinador Docente Maestría de Pediatría  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Revisor de Tesis

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz  
Coordinador General Maestrías y Especialidades  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Facultad de Ciencias Médicas  
Presente

Se le informa que el médico y cirujano


GILDA JUDITH AZURDIA JUAREZ


Ha presentado el Informe Final de su trabajo de Tesis Titulado:


“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MATRATO INFANTIL”

Estudio prospectivo transversal sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a maltrato infantil en niñas y niños menores de 5 años registrados con sospecha de maltrato realizado en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 01 de enero del 2009 al 31 de junio 2010.

Del cual autor, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertenencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

  
Dr. Hilmar Augusto Larios Villagrán  
Pediatra Neonatólogo  
Colegiado No. 10303  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Asesor de Tesis

  
Dr. Oscar F. Castañeda Orellana MSc  
MEDICO PEDIATRA  
COLEGIADO No. 6,482  
Dr. Oscar Fernando Castañeda  
Coordinador Docente Maestría de Pediatría  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Revisor de Tesis

  
Dr. Ricardo Walter García Manzo  
Coordinador Académico de Maestrías  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Dr. Ricardo García Manzo  
Médico y Cirujano  
Col. 2,512

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
MAL TRATO INFANTIL”

Estudio prospectivo transversal sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a maltrato infantil en niñas y niños menores de 5 años registrados con sospecha de maltrato realizado en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 01 de enero del 2009 al 31 de junio 2010.

## RESUMEN

El presente estudio de tipo prospectivo, descriptivo transversal se efectuó con el objeto de determinar la prevalencia y los factores de riesgo que conducen al maltrato infantil, en niños de 0 a 5 años identificados con sospecha de maltrato infantil, en el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Guatemala, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de junio del año 2010, fueron incluidos los pacientes identificados con sospecha de maltrato infantil y se excluyeron los pacientes que no tenían expediente completo, los datos recolectados fueron registrados en la boleta de recolección de datos y luego fueron tabulados analizados y presentados en cuadros y graficas.

En el estudio fueron identificados 211 casos con sospecha de maltrato infantil, estos datos corresponden a una prevalencia del 0.2% de los casos, de los pacientes ingresados con sospecha de maltrato infantil se comprobó maltrato infantil en únicamente 6 casos, de los cuales 4 pertenecen a abuso físico y 2 a abuso sexual.

El tipo más frecuente de maltrato Infantil en los pacientes identificados con sospecha de maltrato infantil fue abuso físico identificada en el 94% de los casos siendo la edad más frecuente de diagnóstica edad de 0 a 2 años con un ligero predominio del sexo masculino, con respecto a los factores de riesgo estos fueron identificados en el 34.23% de los casos y no se identificó ningún factor de riesgo en el 65.87% de los casos; Los factores de riesgo dependientes de la familia identificados más frecuentemente fueron familias monoparentales identificadas en 10 pacientes y separación prematura de la madre en 8 casos, de los factores dependientes del niño los que se observaron con más frecuencia fueron niños hiperactivos en 10 casos y pacientes con enfermedades crónicas en 5 casos.

Se recomienda el manejo multidisciplinario del paciente con sospecha de maltrato infantil, la capacitación al personal médico sobre su detección, el seguimiento por la Comisión de Maltrato Infantil y el tratamiento integral de los pacientes.

## INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
III.	OBJETIVOS .....	10
IV.	MATERIAL Y METODOS .....	11
V.	RESULTADOS.....	16
VI.	ANALISIS Y DICUSION .....	21
	6.1CONCLUSIONES.....	23
	6.2RECOMENDACIONES .....	24
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25
VIII.	ANEXOS .....	27



## INDICE DE TABLAS

<i>Cuadro 1</i> .....	16
<i>Cuadro 2</i> .....	17
<i>Cuadro 3</i> .....	18
<i>Cuadro 4</i> .....	19
<i>Cuadro 5</i> .....	20

## INDICE DE GRAFICAS

<i>Grafica 1</i> .....	16
<i>Grafica 2</i> .....	17
<i>Grafica 3</i> .....	18
<i>Grafica 4</i> .....	20

## I.INTRODUCCION

Maltrato se consideran todas aquellas lesiones físicas o psicológicas noaccidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo del niño y que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales de comisión u omisión que amenazan al desarrollo físico psicológico y emocional considerado como normal para el niño. (3,4)

El maltrato infantil es un fenómeno muy grave en el país, sobre todo porque hay un gran sub-registro, una cultura y costumbres autoritarias que justifica el maltrato a la niñez como un castigo y una forma de inculcar la disciplina.

En el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala la Comisión de Prevención de Maltrato Infantil logro identificar durante el año 2007 un numero de 134 casos de maltrato infantil.

Según el Primer congreso de maltrato infantil realizado en mayo del 2007, en Guatemala 7 de cada 10 niños son víctimas de maltrato infantil y según cifras reportadas hasta el 2007 se registraron un total de 5243 casos de maltrato infantil, 2579 casos de maltrato físico, 1632 abuso sexual y 1033 casos de negligencia.(2,15)

Las cifras antes mencionadas nos aseveran que el maltrato infantil se ha agudizado en los últimos tiempos; sin embargo, continua ocultándose, no ha sido bien estudiado y culturalmente se le ha consentido, por lo que no se han llevado a cabo acciones electivas que lleven a la disminución del mismo, razón por la que se ha vuelto un problema de salud con el paso del tiempo; y se ha convertido en una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil en el mundo y es difícil cuantificar su prevalencia debido a la dificultad de su diagnóstico y las diferentes variantes que existen. (15)

En el diagnóstico y tratamiento del niño maltratado intervienen múltiples factores que relacionan al paciente con su entorno sociofamiliar: Los dependientes de la familia ,los dependientes del niño y los dependientes del entorno social .

Se realizó esta investigación, para permitir que las personas reconozcan su existencia, se aproximen a su comprensión, y tracen estrategias de intervención encaminadas a prevenir la ocurrencia del hecho.

## II. ANTECEDENTES

El Síndrome de Niño Maltratado es, según la Organización Mundial de la Salud "Toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo".

El primer factor de diagnóstico del maltrato debe ser la *sospecha*.

Idealmente el niño/niña en peligro de sufrir agresiones debería ser detectado antes de que ocurra el daño. Por esto es importante tener claro cuáles son los factores de riesgo, realizar una historia clínica completa, entrevistar a los padres, observar y examinar detalladamente al niño para lograr un diagnóstico adecuado. Cuando sea posible deberá obtenerse información colateral con la dinámica y situación social de la familia que permita verificar o descartar la sospecha.(6)

### *Detección y diagnóstico*

Dado que en muchas ocasiones puede presentarse bajo el aspecto de una consulta rutinaria, el médico debe mantener un alto índice de sospecha, planteándolo como diagnóstico diferencial ante niños con cuadros clínicos compatibles (traumatismos, quemaduras, descuido en los cuidados, problemas de salud, etc.) que no tienen una causa evidente. El diagnóstico se basa en la reunión de varias fuentes de datos, como la anamnesis, la observación de la interacción con los padres, los datos sociales, el examen físico y los exámenes complementarios oportunos. Además, es importante tener en cuenta una serie de factores de riesgo que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil.

### *Anamnesis*

La anamnesis es, sin duda, uno de los pilares más importantes para valorar el posible maltrato. Se deben obtener los antecedentes necesarios del niño y de quienes lo cuidan. La entrevista con los padres se realizará en privado asegurándola confidencialidad, con calma, en un lenguaje comprensible y con objetividad, sin dirigir las respuestas ni juzgar.

En el caso concreto del abuso sexual puede ser la única prueba a nuestro alcance y debe realizarla la persona con más experiencia, procurando no duplicar entrevistas.

Se debe de establecer un clima de confianza con el niño para que pueda explicar lo ocurrido libremente, con actitud de escucha y procurando transcribir literalmente las palabras utilizadas por el niño.

Asimismo en la entrevista es aconsejable tener en cuenta una serie de características de conducta que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil.

### Exploración física

La exploración física ha de ser completa y cuidadosa. Como en todos los exámenes pediátricos se deben incluir los parámetros de crecimiento sobre todo en aquellos casos en los que se sospeche abandono, dada la frecuencia de fallo de medro en estos casos. Se deben buscar lesiones en la piel y mucosas y también, sobre todo en los casos de sospecha de abuso sexual, en los genitales y el ano. Es recomendable hacer una descripción lo más precisa posible de las lesiones observadas.

#### *Lesiones en la piel*

Son las lesiones que encontramos más frecuentemente en el maltrato físico.

Pueden incluirse los hematomas, las mordeduras, las quemaduras y las pérdidas de pelo. Las contusiones que corresponden a lesiones fortuitas se suelen observar en extremidades, en la frente y en general en áreas prominentes (barbilla, frente, codos, rodillas...). Sin embargo, los hematomas en los casos de maltrato se observan en zonas más centrales, como los glúteos, la zonas proximales de brazos y piernas, mejillas, orejas, etc. Además es habitual encontrar lesiones en diferentes estadios evolutivos y en ocasiones con formas que reproducen algún objeto. Por ello, es importante describir el aspecto, número, tamaño, localización y color e intentar deducir el tiempo de evolución.

Las quemaduras resultan sospechosas cuando se producen en zonas cubiertas, no se explican por el mecanismo aducido por la familia, se observa descuido en el cuidado del niño y existe retraso en solicitar asistencia médica.

Habitualmente se producen por inmersión o escaldadura (contacto de líquido caliente con la piel).

La extensión de las lesiones depende de la temperatura del líquido (el agua a 54°C o más causa quemaduras importantes con menos de 30 segundos de exposición), la duración de la exposición, de la presencia o ausencia de ropa, etc. Se distinguen de las accidentales en que tienen los bordes nítidos sin observarse las lesiones típicas de las salpicaduras y en su mayor profundidad por un mayor tiempo de contacto con la piel. El contacto con un objeto incandescente suele dejar marcas que sugieren el objeto utilizado (plancha, utensilios de cocina, etc.). Entre las más frecuentes se encuentran las producidas por cigarrillos, que son circulares y bien circunscritas con excavación profunda al no permitirse el reflejo de retirada.

#### *Lesiones óseas*

El esqueleto es también frecuentemente traumatizado cuando hay maltrato físico. Se sospechará siempre que exista incongruencia con la historia clínica o con el desarrollo psicomotor del niño.

También la localización de las fracturas es importante en la identificación del mismo. Así, las fracturas en espiral de huesos largos (sobre todo en menores de 3 años), las fracturas costales, las fracturas en nariz y mandíbula, las que afectan a metáfisis de huesos largos, las que están en diferentes estadios, son más sugerentes de maltrato.

Por otro lado, la antigüedad de la fractura se puede estimar por la cantidad de callo de fractura (tarda 8-10 días en formarse) y remodelación observadas en la radiografía (varios meses). (14, 10).

#### *Traumatismos craneal*

Las lesiones del sistema nervioso central son la principal causa de Muerte en los niños maltratados. La extensión y gravedad del traumatismo dependerá de la fuerza del golpe, de la superficie de contacto y de la edad del niño. Las lesiones varían desde desgarros de cuero cabelludo hasta traumatismos complejos con fracturas múltiples y lesiones intracraneales. Una mención especial merece el síndrome del niño sacudido (*shakenbabysyndrome*). Se producen por sacudida bruscas del niño (habitualmente lactante) lo que le provoca hemorragias retinianas y a veces signos neurológicos por hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea. También puede asociar lesiones de vértebras cervicales y medulares.

### *Abuso sexual*

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño. El niño que cuenta detalladamente una historia clara de encuentro sexual con otra persona, manifiesta específicamente un comportamiento y debe ser tenido en cuenta. Las manifestaciones clínicas pueden deberse a un hecho aislado o a una forma de abuso reiterado, dependiendo de la edad del niño y de su madurez.

La exploración física debe ser realizada en el marco de una exploración general, en un ambiente tranquilo, incluyendo la región anogenital y la orofaringe, evitando, en la medida de lo posible, exploraciones repetidas. De ahí que se deba realizar desde el inicio por personal cualificado. podría ser suficiente una historia clara y detallada. Cuando el abuso alegado ha ocurrido en los últimos tres días, el examen debe realizarse inmediatamente.

Las lesiones agudas en los genitales que se puede observar en las niñas son laceraciones, hematomas, escotaduras y desgarros en el borde himeneal, apertura himeneal agrandada, cicatrices en la horquilla posterior, secreción patológica, etc.

Los niños raramente presentan lesiones en los genitales. La presencia de fisuras o cicatrices anales y la dilatación anal mayor de 15-20 mm debe también ser anotada.

### Clasificación

*Maltrato físico* : Es el tipo de maltrato infantil más conocido y suele recibir la denominación de " síndrome del niño apaleado ". Se define como cualquier acto intencional producido por los responsables del cuidado del niño que implique o pudiera llevar consigo lesiones físicas ( producidas con o sin instrumentos ), enfermedades o intoxicaciones.

Parece que ésta categoría es predominante en los medios sociales más desfavorecidos, ya que aparece la agresión como respuesta ante las situaciones límite o conflictivas. Así mismo, suele predominar la idea autoritaria y de propiedad. Ello conlleva la utilización de métodos más represivos que educativos, los cuales casi siempre generan violencia.

A veces es fácil identificar con rapidez los casos de maltrato físico cuando la edad del menor, así como la forma y localización de las lesiones corporales hacen muy improbable que dichas lesiones tengan un origen accidental.

*Maltrato emocional:* Se define como cualquier acto que rebaje la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar. Presenta, o bien manifestaciones consecutivas a las conductas activas ( rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar ) o bien de las conductas derivadas de la omisión ( la privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad, la indiferencia ).

En ésta categoría se incluyen, por ejemplo: el rechazo verbal, la falta de comunicación, el insulto, la desvalorización repetida, la educación en la intimidación, la discriminación o las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades.

Si bien es uno de los subtipos de maltrato, es difícil concebir que no sea el acompañante de cualquiera de los otros subtipos.

### *Negligencia*

La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores.

Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc.

### *Abuso sexual*

Se define el AS como cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años desde una posición de poder o autoridad sobre el mismo. Se consideran aquellas situaciones en las que el menor es utilizado por sus padres, tutores u otras personas para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. No es necesario que haya un contacto físico para considerar que existe abuso sexual.(6)

### *Factores de riesgo:*

La incidencia de maltrato infantil está determinada por múltiples causas conocidas como factores de riesgo y son sobre los que hay que actuar para realizar la prevención primaria y secundaria del maltrato.

- **Factores dependientes de los padres**

Antecedentes de malos tratos en los padres

Edad joven de los padres

Problemas de abuso de alcohol y drogas (alcohol asociado a abuso físico y cocaína o abuso sexual).

Trastornos psiquiátricos: ansiedad y depresión (sobre todo materna)

- **Factores dependientes del niño**

Problemas en el parto

Trastornos congénitos y/o del desarrollo

Minusvalías

Trastornos del comportamiento

Niños hiperactivos

Enfermedades crónicas

- **Factores familiares**

Problemas conyugales con violencia intrafamiliar o separaciones traumáticas

Familias monoparentales

Madre adolescente o muy joven

Familias numerosas

Separación prematura de la madre en el primer año de vida del niño Nacimiento cercano de dos hijos

Embarazos no deseados

- **Factores psicosociales**

Bajo nivel socioeconómico y/o cultural

Aislamiento social

Problemas económicos (12)

Tratamiento

El maltrato infantil necesita de un adecuado tratamiento integral que debe ser iniciado rápidamente. Los niños con sospecha de abuso físico no deben ser dados de alta sin tener aseguradas condiciones de protección para evitar un segundo abuso.

El niño y sus hermanos en riesgo de abuso físico deben ser atendidos en hogares de familiares apropiados y en su ausencia en hogares especializados.



El ingreso hospitalario estará indicado en los siguientes casos:

- Aquellos que necesiten un tratamiento médico o quirúrgico de urgencia adecuado.
- Los casos dudosos.
- Cuando no existe otra alternativa, pues no existe de inmediato un lugar adecuado para su custodia.

Los hermanos por sospecha deben ser examinados dentro de las 24 horas de haber identificado el abuso. Aproximadamente el 20 % pueden presentar signos de abuso y a los menores de 2 años debe realizársele un scan óseo.

Los médicos u otros profesionales de atención médica deben controlar sus impulsos de ira contra los padres de pacientes con abuso físico, pues esto no ayuda y dificulta la comunicación, y hace la cooperación difícil. Los interrogatorios repetidos con confrontaciones y acusaciones repetidas deben ser abolidos.

Debe realizarse una evaluación por el servicio social del hospital para determinar la presencia de problemas, necesidades y fortaleza de la familia.

La atención del niño en el hospital debe estar en manos de un equipo multidisciplinario, con entrenamiento y habilidad en el manejo de los niños con abuso físico. Este equipo debe estar integrado por: pediatras, trabajadoras sociales, enfermera pediátrica, un psicólogo o psiquiatra, un coordinador y consultantes legales especializados. (6)

### *Prevención*

La prevención del abuso puede ser primaria (universal) y prevención secundaria (selectiva), antes de que ocurra el maltrato.

Los esfuerzos universales tienen que ver con toda la población, tales como todos los niños que reciben cuidados pediátricos primarios. La prevención secundaria selectiva se ocupa de los grupos de alto riesgo.

Esta labor de prevención debe ser jerarquizada por el médico de la familia y los servicios de atención primaria (policlínicos) en la comunidad, junto con todas las organizaciones de masas existentes y los nuevos programas sociales actualmente en desarrollo por el Estado.

La visita prenatal a la familia y su seguimiento posterior al parto, es considerada como un proceder educativo con buenos resultados en la prevención del maltrato.

El papel del pediatra debe ser el de identificar los padres con alto riesgo de maltrato, que sean capaces de, aceptar, amar y establecer la disciplina y cuidados de sus descendientes. La historia educativa para todos los padres, debe incluir información acerca del embarazo, planificación familiar, salud física y emocional, violencia doméstica y actitudes acerca del niño.

#### *Pronóstico*

Estudios realizados sobre el seguimiento de los niños que son abusados y que retornan al hogar con sus padres, sin ninguna intervención, indican que el 5 % son asesinados y el 25 % reinciden en maltrato.

Con un tratamiento integral intensivo el 80-90 % de las familias pueden rehabilitadas capaces de brindar una atención al niño adecuada.

Aproximadamente el 10-15 % de las familias que maltratan, sobre todo aquellas con historia de abuso de sustancias, solamente pueden ser estabilizadas y requieren de un seguimiento indefinido, que incluya monitoreo de drogas, hasta que el niño sea suficiente de adquirir individualidad que le permita dejar el hogar. .

Los niños con lesiones del sistema nervioso central, pueden desarrollar: retardo mental, problemas de aprendizaje, sordera, ceguera, problemas motores, daño cerebral orgánico, convulsiones, hidrocefalia y/o ataxia.

El estado emocional del niño abusado incluye: temor, timidez, miedo, agresión, sobre vigilancia, negación, falta de confianza, baja autoestima, delincuencia juvenil y consumidores de drogas , alcohol y otras sustancias toxicas para la salud del niño maltratado.

### **III.OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

- 3.1.1 Determinar la prevalencia y los factores de Riesgo que conducen al maltrato infantil, en niños de 0 a 5 años registrados como sospecha de maltrato infantil en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

#### **3.2 ESPECIFICOS**

- 3.2.1 Conocer la frecuencia de maltrato infantil.
- 3.2.2 Clasificar el tipo de maltrato infantil más frecuentemente identificado.
- 3.2.3 Describir los factores de riesgo dependientes de los padres y de la familia en maltrato infantil .
- 3.2.4 Establecer los factores de riesgo dependientes del niño en maltrato infantil.
- 3.2.5 Determinar los factores psicosociales que predisponen a maltrato Infantil.

#### **IV. DISEÑO METODOLOGICO**

##### *A. Tipo de estudio*

Estudio prospectivo, descriptivo transversal

##### *B. Población*

Niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de sospecha de maltrato infantil en el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad común durante los años 2009 y 2010.

##### *C. Criterios de Inclusión y exclusión*

###### Criterios de inclusión

- Niño de ambos sexos comprendido en las edades de 0 a 5 años.
- Casos identificados con sospecha de maltrato infantil.
- Pacientes exclusivamente bajo la cobertura del IGSS.
- Pacientes encontrados en la consulta externa, emergencia, encamamiento.

###### Criterios de exclusión

- Pacientes que cumplen con criterios de inclusión pero que no tienen datos completos en el expediente se excluyeron.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEPENDIENTE INDEPENDIENTE
<b>SEXO</b>	Diferencia física y constitutiva entre hombre y mujer.	Descrito en el expediente clínico por inspección	Masculino / Femenino	Cualitativa	Nominal	Independiente
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el estudio.	Edad en días, meses y años	0-1 1-2 2-3 3-4 4-5	Cuantitativa	Intervalos	Independiente
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<p><b>Factores dependientes de los padres y de la familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas conyugales con violencia intrafamiliar o separaciones traumáticas</li> <li>• Familias monoparentales</li> <li>• Familias numerosas(más de 3 miembros)</li> <li>• Separación prematura de la madre en el primer año de vida del niño(madre con empleo)</li> <li>• Nacimiento cercano de dos hijos(menor de 1 año)</li> <li>• Embarazos no deseados</li> <li>• Antecedentes de malos tratos en los padres</li> <li>• Edad joven de los padres(menor de 18 años)</li> <li>• Problemas de abuso de alcohol y drogas (alcohol</li> </ul>	Descritos en el expediente clínico después de interrogatorio a padres	Si(presente) No(ausente)	Cualitativa	Nominal	Dependiente

	<p>asociado a abuso físico y cocaína a abuso sexual)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos psiquiátricos: ansiedad y depresión</li> </ul> <p><b>Factores dependientes del niño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas en el parto</li> <li>• Trastornos congénitos y/o del desarrollo</li> <li>• Minusvalías</li> <li>• Trastornos del comportamiento</li> <li>• Niños hiperactivos</li> <li>• Enfermedades crónicas</li> </ul> <p><b>Factores psicosociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel socioeconómico y/o cultural</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Problemas económicos</li> </ul>					
<b>TIPOS DE MALTRATO INFANTIL</b>	Formas de maltrato hacia el niño de parte de sus padres o cuidadores	Descrito en el expediente clínico según clasificación	Abuso sexual Abuso físico Negligencia Abuso emocional	cualitativa	nominal	Independiente

*A. Descripción de Técnicas e instrumentos utilizados*

Metodología:

Dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social existe la comisión de maltrato infantil la cual está conformado por un Psicólogo, una Trabajadora social y un Pediatra los cuales se encargan de una investigación completa de cada caso registrado con sospecha de maltrato infantil ,con los datos identificados por esta comisión se realizó lo siguiente:

1. Se elaboró una boleta de recolección de datos con las variables de estudio.
2. Se revisó el registro de la comisión de Prevención de maltrato infantil la búsqueda de pacientes con sospecha de maltrato infantil y según criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron las fichas clínicas de los pacientes identificados con maltrato Infantil
3. Se recolectaron los datos a través de una boleta de recolección de datos como instrumento (ver anexo)
4. Se hizo una recolección de los datos de forma periódica y se archivaron los datos recolectados en una base de datos .
5. Al concluir la recolección de datos estos se analizaron y se presentó la información en cuadros , graficas, y se realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.
6. Se dió un informe de la investigación a la comisión de prevención de maltrato infantil para que utilice la información encaminada a la prevención.

#### *F.Aspectos éticos.*

Se solicitó la autorización de la comisión de Prevención de Maltrato infantil para revisar los datos recolectados de la investigación que realiza de cada caso de paciente la información obtenida en el estudio se registró de forma confidencial.

#### *G.Plan de análisis,*

Se realizó un análisis con los datos recolectados siguiendo los siguientes pasos:

- A. Se elaboró una boleta de recolección de datos con las variables en estudio
- B. Se tabularon los datos, recolectados en una boleta de datos
- C. Se analizaron los resultados en cuadros y gráficas.

#### *H.Recursos Utilizados*

##### *Humanos:*

- Investigador.
- Asesor.
- Revisor

##### *Materiales:*

- 1 Computadora.
- Hojas tamaño carta.
- 1 Impresora.
- Lápices y lapiceros.
- Material Bibliográfico.
- Boletas impresas.
- INTERNET



## V.RESULTADOS

Cuadro 1

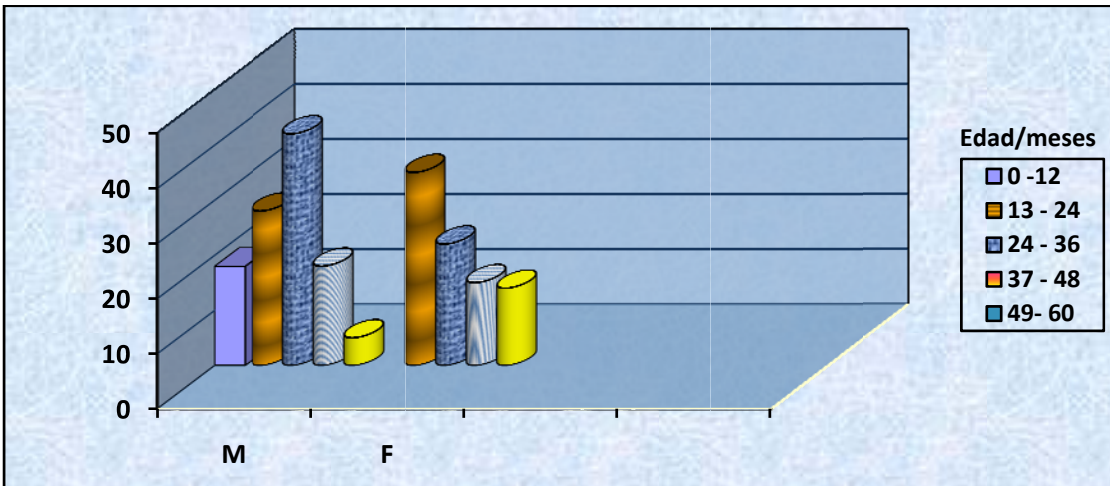
Frecuencia de Pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil en el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, según edad y sexo , Guatemala 2009-2010.

Edad/meses	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
1 -12	18	8.53	14	6.64	32	15.92
13 - 24	28	13.27	35	16.59	63	31.34
24 - 36	42	19.90	22	10.43	64	31.85
37 - 48	18	8.53	15	7.12	33	16.42
49- 60	5	2.37	14	6.64	19	11.48
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>52.60</b>	<b>100</b>	<b>47.40</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica 1

Frecuencia de Pacientes registrados con Sospecha de Maltrato Infantil en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social , según edad y sexo, Guatemala, 2009 2010.



Fuente: Cuadro 1

Cuadro 2

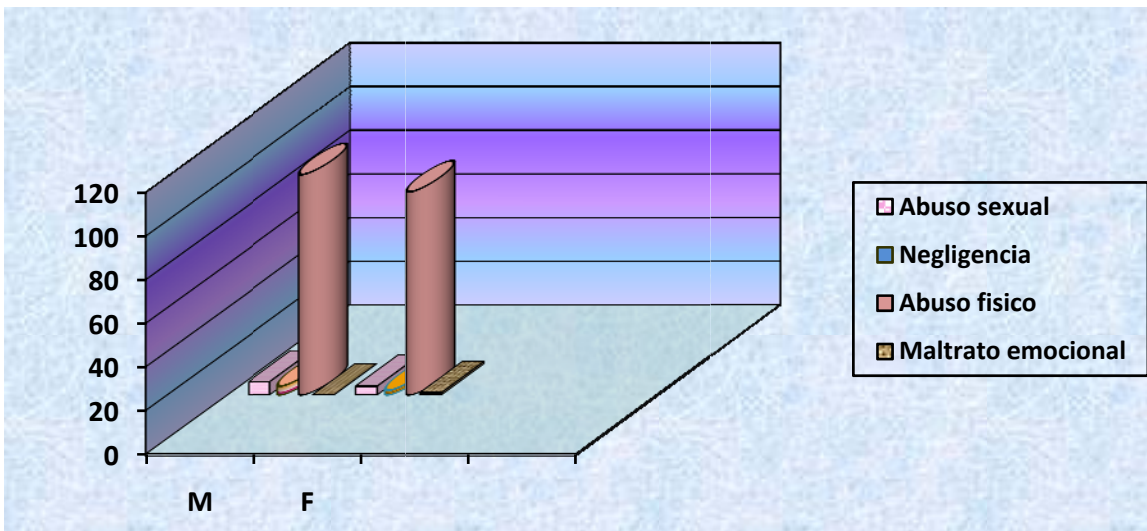
Clasificación según el tipo de maltrato infantil en pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil en el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, según edad y sexo ,Guatemala, 2009 –2010.

	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Abuso Sexual</b>	6	2.84	4	1.90	10	4.75
<b>Negligencia</b>	4	1.90	2	0.95	6	2.85
<b>Abuso físico</b>	101	47.86	93	44.07	199	91.46
<b>Maltrato Emocional</b>	0	0	1	0.47	1	0.47
<b>Total</b>	111	52.60	100	47.40	211	100

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

Grafica 2

Clasificación de tipo de maltrato infantil en pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, según edad y sexo ,Guatemala, 2009 –2010



*Fuente: Cuadro 2*

Cuadro 3

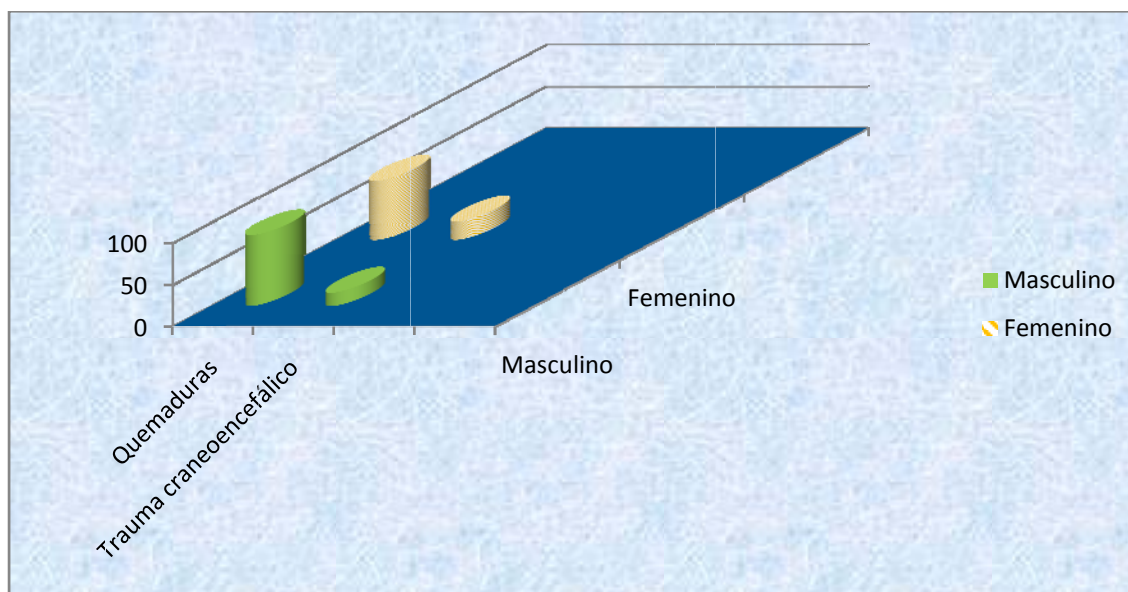
Presentación de abuso físico en pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social , según edad y sexo ,Guatemala, 2009 –2010.

<b>Tipo de abuso físico</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Quemaduras</b>	85	43.81	71	36.60	156	80.44
<b>Trauma craneoencefálico</b>	16	8.25	22	11.34	38	19.60
<b>Total</b>	101	52.06	93	47.94	194	100

*Fuente: Boleta de recolección de datos*

Grafica 3

Presentación de abuso físico en pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común según edad y sexo Guatemala, 2009 –2010



Fuente: cuadro 2

#### Cuadro 4

Factores de riesgo en los pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil en el Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de enero 2009 a junio 2010.

Factor de Riesgo	Frecuencia/casos
<b>Factores sociales dependiente de los padres y de la familia.</b>	
Antecedentes de malos tratos en los padres	0
Edad joven de los padres menor de 18 años	2
Trastornos psiquiátricos: ansiedad y depresión	2
Problemas conyugales con violencia intrafamiliar separaciones traumáticas	1
Familias monoparentales	10
Familias numerosas ( más de 3 hijos)	6
Madre adolescente o muy joven(menor de 18 años)	4
Separación prematura de la madre en el primer año de vida del niño(madre con empleo)	8
Nacimiento cercano de dos hijos (espacio intergenesico menor de 1 año)	4
Embarazos no deseados	0
<b>Total de casos</b>	<b>37</b>
<b>Factores dependientes del niño</b>	
Problemas en el parto	1
Trastornos congénitos y/o del desarrollo	4
Minusvalías	2
Niños hiperactivos	10
Enfermedades crónicas	6
<b>Total de casos</b>	<b>23</b>
<b>Factores Psicosociales</b>	
Bajo nivel socioeconómico y/o cultural	5
Aislamiento social	2
Problemas Sociales	5
<b>Total de casos</b>	<b>12</b>

*Fuente: Boleta de recolección de datos.*

### Cuadro 5

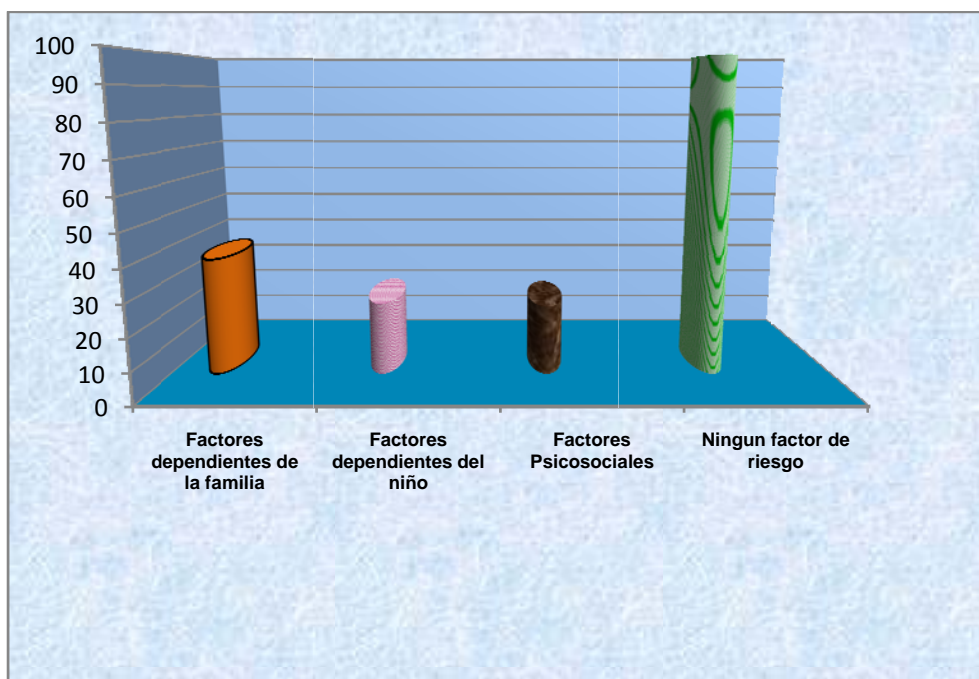
Factores de Riesgo de Maltrato Infantil en pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil en el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común, Guatemala, 2009–2010

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Factores dependientes de la familia	37	17.54
Factores dependientes del niño	23	10.90
Factores Psicosociales	12	5.69
Ningún factor de riesgo	139	65.87
Total de casos	211	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

### Grafica 4

Factores de Riesgo de Maltrato Infantil en pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS zona 9, Guatemala, 2009–2010.



Fuente: Cuadro 5

## VI. ANALISIS Y DISCUSION

Durante los meses de Enero 2009 a junio del año 2010 en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el departamento de Pediatría, fueron identificados por la comisión de Prevención de Maltrato Infantil 211 casos, con sospecha de Maltrato Infantil estos datos corresponden a una prevalencia del 0.2% de los casos.

De los pacientes registrados con sospecha de maltrato infantil se comprobó maltrato infantil en únicamente 6 casos, de los cuales 4 pertenecen a abuso físico y 2 a abuso sexual.

El abuso físico fue identificado en el 94% de los casos registrados con sospecha de maltrato infantil (199); en este estudio fueron las quemaduras las encontradas en un 80.44% de los casos como causa de abuso físico, esto resulta trascendente ya que en un estudio realizado en México en el 2008 se menciona que las quemaduras han sido un mecanismo poco considerado de abuso físico, este hallazgo se explica debido a que en el hospital de estudio todos los casos ingresados con quemaduras son investigados por sospecha de maltrato infantil.

La edad de los pacientes en estudio con mayor número de casos es la comprendida entre los 0 a 2 años identificándose 47.26% estos datos no concuerdan con los encontrados en un estudio realizado en Paraguay en el 2009 en donde la edad más frecuente de presentación fue 4 a 14 años de edad, dato explicable ya que en este estudio únicamente fueron evaluados pacientes menores de 5 años de edad, así también se encontró que no hubo diferencia significativa en cuanto al género de los pacientes ya que se encontró que el sexo con ligero predominio fue el masculino 116 casos (52.6% de los casos).

En 34% de los casos fueron encontrados factores de riesgo asociados a maltrato infantil, sin embargo no se identificó ningún factor de riesgo en el 65.87% de los casos.

Se observaron 37 casos (17%) con factores de Riesgo dependientes de la familia de los cuales el más frecuentemente identificado en este estudio fue familias monoparentales en un 5.6% de los casos (12 casos) este dato concuerda con lo observado con anterioridad en un trabajo presentado Madrid en el año 2004 que recalca que un niño educado en una familia

monoparental tiene 77% más de riesgo de sufrir abuso físico, y 87% más de sufrir negligencia física.

Diez por ciento de los niños fueron identificados con factores de riesgo dependientes de los niños (23 casos); de estos fueron identificados 10 niños como niños hiperactivos, esto coincide con literatura que señala que la hiperactividad es un factor que incide en la ocurrencia del maltrato infantil intrafamiliar, lo que se atribuye que dichos infantes resultan muy difíciles de “dominar”; comportamiento que suele ocasionar gran pérdida del autocontrol de sus padres o cuidadores, de manera que la emprenden bruscamente contra los pequeños.

Es también importante mencionar que identificaron 6 casos de pacientes que sufren enfermedades crónicas (VIH, Enfermedad Renal Crónica, Broncodisplasia Pulmonar) los cuales fueron evaluados por la comisión de Prevención de maltrato ya que los padres a pesar de saber la necesidad de tratamiento de sus hijos omiten medicamentos o no llevan seguimiento de los casos estos casos fueron incluidos entre los casos con sospecha de negligencia.

Los factores de riesgo psicosociales observados fueron bajo nivel socioeconómico y problemas económicos en 12 casos (5.69%) de los casos, este bajo porcentaje confirma lo mencionado en el tercer estudio de Maltrato infantil realizado por Unicef en Chile el cual indica que la violencia o maltrato es un problema de todos los niveles económicos no solo del nivel económico bajo como se confirma en esta investigación.

## 6.2 CONCLUSIONES

- 6.2.1 En el departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Zona 9 Guatemala se encontraron durante los meses de enero 2009 a julio 2010 211 casos con sospecha de maltrato infantil, esto corresponde a una prevalencia de 0.2% de los casos.
- 6.2.2 De los pacientes ingresados con sospecha de maltrato infantil se comprobó maltrato infantil en únicamente 6 casos (2.84%).
- 6.2.3 La edad encontrada con mayor frecuencia fue la comprendida entre 0 a 2 años, encontrando ligero predominio en el sexo masculino.
- 6.2.4 El tipo de maltrato más frecuentemente encontrado fué abuso físico , siendo las quemaduras la causa más frecuentemente identificada en un 80% de lo casos.
- 6.2.5 En este estudio en 34.23% de los casos se identificó factores de riesgo y no se observó ningún factor de riesgo en el 65.87% de los casos.
- 6.2.6 Los factores de riesgo dependientes de la familia identificadosmas frecuentemente fueron familias monoparentales en 10 pacientes y separación prematura de la madre en 8 casos.
- 6.2.7 De los factores dependientes del niño los que se observaron en mayor parte de los casos fueron niños hiperactivos en 10 casos y pacientes con enfermedades crónicas en 5 casos.
- 6.2.8 La mayoría de los niños estudiados tuvieron un abordaje integral durante su hospitalización .



### 6.3 RECOMENDACIONES

- 6.3.1 Capacitar de forma continua al personal médico principalmente el de emergencia de niños sobre el tema de maltrato infantil, la importancia de diagnosticarlo e ingresar estos casos para su abordaje multidisciplinario.
- 6.3.2 Implementar programas para informar a los padres de familia sobre las mejores condiciones de higiene y alimentación para el desarrollo de los hijos de acuerdo con su edad, convivir más tiempo con la familia, tener en cuenta la edad de sus niños, sus necesidades e intereses, así como sus limitaciones a fin de evitar el maltrato infantil de cualquier tipo.
- 6.3.3 Generar programas para integrar al núcleo familiar al miembro con algún tipo de discapacidad, solicitar ayuda profesional ante problemas de adicciones y así poder construir un ambiente de respeto y tolerancia dentro del hogar.
- 6.3.4 Se deben implementar redes a nivel comunitario que permitan la detección del maltrato y una rápida denuncia.
- 6.3.5 Al identificar pacientes en riesgo es importante que se tenga un listado de pacientes en riesgo de maltrato infantil para poder identificar más fácilmente a los padres de los niños que son frecuentemente maltratados por sus padres.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andrea Marquez, **EL ABUSO INFANTIL**: Una práctica permanente 2003, pag. 7-11 [en línea] disponible en [[www.derechosinfancia.org.mx/Temas/temas\\_abuso.htm](http://www.derechosinfancia.org.mx/Temas/temas_abuso.htm)]

Revisado el 3 de febrero 2008.

2. **COMISION NACIONAL CONTRA EL MALTRATO INFANTIL CONACMI**, publicado 2005, pag 2,3 [en línea] disponible en [[www.ciprodeni.org/Documentos/temas\\_relevantes/Coordinacion%20en%20el%20area%20de%20niñez.doc](http://www.ciprodeni.org/Documentos/temas_relevantes/Coordinacion%20en%20el%20area%20de%20niñez.doc)]

3. **MANUAL PARA LA DETECCION DE CASOS DE MALTRATO A LA NIÑEZ**, Procuraduría de los derechos Humanos, Guatemala 2005. pp4-5.

4. **MALTRATO INFANTIL**: Guía Metodológica para la Atención y Prevención. Defensoría de los Derechos a la niñez y juventud, 2005, Pag, 7-11 Guatemala.

5. **MALTRATO INFANTIL EN GUATEMALA**, Latinoamérica en Niños , Integridad física, moral y psicológica, 2004, pag. 8,9 [en línea] disponible en [[rincóndelvago.com/maltrato-infantil-en-Guatemala.html-23k](http://rincóndelvago.com/maltrato-infantil-en-Guatemala.html-23k)].

6. Milocco Marcelo Daniel, **MALTRATO INFANTIL 2006**, pag 2,6 [en línea] disponible [[www.prevencionhumana.com/note/maltrato/\\_infantil](http://www.prevencionhumana.com/note/maltrato/_infantil)].

7. Moreno Manso Juan Manuel **ESTUDIO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL EN EL DESARROLLO** anales de Psicología, vol 21. No 2 (diciembre), pag 23,32.

8. Moya, H et al, **MALTRATO INFANTIL/GUIA CLINICA**, Hospital de Niños “Roberto del Rio” Gobierno de Chile/Embajada Britanica en Chile, 2005 pagina 31,32 [en línea] disponible en [[www.conasa.gov.ec/codigo/.../Protocolo%20de%20violencia.pdf](http://www.conasa.gov.ec/codigo/.../Protocolo%20de%20violencia.pdf)]

Revisado en marzo 2009.

9. Muñoz Talavera, Valera Johanna **CARACTERISTICAS Y ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTIL** en menores de 15 años, Hospital “Fernando VelezPaiz, Managua, 2005, pag. 19,20.

10. Orantes Coralia, **AUMENTANDENUNCIAS DE MALTRATO INFANTIL** Prensa libre, 12 de Noviembre 2007, pag 26.

11. Priua, M Junyent et al **EL MALTRATO INFANTIL: DETECCION E INTERVENCION**, 2005 PAG, 32,33 [en línea]disponible en [alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/%bin=enfispo2.in%5D/?fomat=breve&boolean=%5BNR:11397632-].

12. Soriano Faura, Francisco Javier **PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**[en línea]disponible en [www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad\_maltrato.pdf -].

13. **TERCER ESTUDIO DE MALTRATO INFANTIL 2006**, realizado por UNICEF chile, 2006 pag. 5 ,6 [en línea]disponible en [www.unicef.org/lac/media\_6282.htm-16k].

14. Torres Ferman, et al, **CAPACITACION PARA LA PREVENCION DEL MALTRATO INFANTIL**: Una experiencia , publicación de psicología y salud, 2004, pag, 21,22 [en línea]disponible en [www.accessmylibrary.com/coms2/summary\_0286-972074\_ITM-28K].

15. **VIOLENCIA Y MALTRATO UNICEF , 2004**. Pag.22,23 [en línea] disponible en [www.unicef.org.gt/05proteccion/violenciaymaltrato.htm-16k].

16. Zelaya de Miglorisi, Lourdes et al. **MALTRATO INFANTIL**: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de salud Mental Hospital general Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” revista de pediatría (Asunción), Vol. 36; N° 3; 2009 [en línea] disponible en [scielo.iics.una.py/pdf/ped/v36n3/v36n3a03.pdf].

## VIII. ANEXOS

### Anexo 1

#### BOLETA

#### DE RECOLECCION DE DATOS

Universidad de San Carlos de Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Estudio de: "Prevalencia y factores de riesgo de Maltrato Infantil"

Dra. Gilda Azurdia, Residente de Pediatría

1. Número de Afiliación del paciente: \_\_\_\_\_
2. Sexo: MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_

#### 4. Forma de maltrato infantil

Abuso sexual \_\_\_\_\_

Negligencia \_\_\_\_\_

Abuso Físico \_\_\_\_\_

Maltrato emocional \_\_\_\_\_

#### Factores de riesgo

#### Factores sociales dependiente de los padres y de la familia

- |      |   |           |
|------|---|-----------|
| I.   | Antecedentes de malos tratos en los padres  | Si__ No__ |
| II.  | Edad joven de los padres menor de 18 años   | Si__ No__ |
| III. | Problemas de abuso de alcohol y drogas  |           |
| IV.  | Trastornos psiquiátricos: ansiedad y depresión  | Si__ No__ |
| V.   | Problemas conyugales con violencia intrafamiliar<br>o separaciones traumáticas              | Si__ No__ |
| VI.  | Familias monoparentales   | Si__ No__ |
| VII. | Madre adolescente o muy joven<br>(menor de 18 años)   | Si__ No__ |
| VIII | Familias numerosas ( más de 3 hijos)  | Si__ No__ |
| IX   | Separación prematura de la madre<br>en el primer año de vida del niño<br>(madre con empleo) |           |
| V    | Niños hiperactivos  | Si__ No__ |
| VI   | Enfermedades crónicas   | Si__ No__ |

Anexo 2

Casos con sospecha de maltrato infantil durante los meses de enero 2009 a junio 2010 en el departamento de Pediatría del Hospital General de enfermedad común, Guatemala.

<b>MES</b>	<b>NO. DE CASOS</b>	<b>%</b>
ENERO	13	6.16
FEBRERO	14	6.64
MARZO	9	4.27
ABRIL	14	6.63
MAYO	11	5.21
JUNIO	6	2.84
JULIO	15	7.1
AGOSTO	14	6.63
SEPTIEMBRE	13	6.16
OCTUBRE	9	4.27
NOVIEMBRE	5	2.36
DICIEMBRE	8	3.79
ENERO 2010	7	3.31
FEBRERO	11	5.21
MARZO	16	7.58
ABRIL	16	7.58
MAYO	20	9.47
JUNIO	15	7.10
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta de recolección de datos

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada:

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO  
ASOCIADOS A MALTRATO INFANTIL “

Para los propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.