



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS  
DE HIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

COMORBILIDAD DE VIOLENCIA FAMILIAR Y ACCIDENTES EN MENORES  
DE CINCO AÑOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA

DAVID CUEVAS ROJAS

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO, CON ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

DIRECTOR DE TESIS

DOCTOR EN CIENCIAS

JESUS ANTONIO ALVEANO HERNÁNDEZ

MORELIA, MICHOACÁN, AGOSTO 2014

COMORBILIDAD DE VIOLENCIA FAMILIAR  
Y ACCIDENTES  
EN MENORES DE CINCO AÑOS

## INDICE

Portada .....	1
Título .....	2
Índice.....	3
Resumen .....	4
Introducción .....	8
Antecedentes.....	11
Justificación .....	30
Hipótesis .....	33
Objetivos .....	33
Material y métodos .....	34
Resultados .....	44
Análisis .....	47
Conclusiones .....	49
Recomendaciones .....	50
Sugerencias para trabajos futuros.....	51
Referencias bibliográficas .....	52
Anexos .....	56

**TÍTULO:** Comorbilidad de violencia familiar y accidentes en menores de 5 años.

## **RESUMEN**

Los accidentes son actualmente la primera causa de morbimortalidad a nivel mundial en los niños menores de cinco años, y el 70% de ellos ocurre en el hogar. Llama la atención el hecho, ya que es en esta etapa de la vida cuando los niños son más dependientes de sus cuidadores. Estudios previos han demostrado que la mayoría de los accidentes en los niños, ocurren en condiciones medioambientales inseguras, en las cuales el niño se encontraba sin la supervisión directa de un cuidador. Estos dos elementos constituyen parte del espectro del maltrato infantil por negligencia. Sin embargo, no podemos afirmar que los accidentes en los niños se deban a maltrato infantil, ya que no hay la intencionalidad de daño hacia el menor. El maltrato infantil constituye a menudo parte de un espectro más amplio: la violencia familiar. Metodología: Se realizó un estudio mixto con triangulación concurrente para determinar si hay asociación entre violencia familiar y accidentes en los niños. Los resultados de la fase cuantitativa muestran una frecuencia de 72.5% de violencia en las familias de los niños que sufren accidentes, con un valor de  $p < 0.001$ . En la fase cualitativa se corrobora la presencia de violencia en las familias en las que se detectó este fenómeno en la fase cuantitativa. Se observa que la violencia se ejerce principalmente hacia la mujer, siendo la pareja el principal violentador,

sin embargo, también se observa violencia de mujer a mujer. El principal tipo de violencia ejercida dentro de las familias es la psicológica. Se observa como las relaciones familiares se rigen por la perspectiva de género. Se encuentra una amplia gama de comportamientos del padre de familia, desde la participativa, y en corresponsabilidad con la madre respecto a las labores en el hogar y el cuidado de los hijos, hasta la paternidad en relación con la masculinidad hegemónica, en donde el hombre tiene principalmente el papel de proveedor y la mujer el papel de cuidador principal de los hijos y al mismo tiempo responsable de realizar las labores de limpieza del hogar y preparación de alimentos para la familia, traduciendo esta desigualdad basada en el género, un riesgo para la salud, ya que al momento del accidente el niño se encontraba en la mayor parte de los casos bajo el cuidado de la madre, y esta a su vez, estaba realizando labores en el hogar. Conclusiones: Se encontró evidencia con metodología cuantitativa y cualitativa que correlaciona violencia familiar y accidentes en niños menores de 5 años. Se sugiere realizar tamizaje para detección de violencia familiar cuando un niño es llevado a atención médica a consecuencia de un accidente.

**Palabras clave:**

Accidentes en niños, maltrato infantil, violencia familiar, desigualdad basada en género,

## ABSTRACT

Accidents are now the leading cause of mortality worldwide in children under five and 70% of them occur in the home. Draws attention to the fact, as it is at this stage of life when children are more dependent on their caregivers. Previous studies have shown that most accidents in children, occurring in unsafe environmental conditions in which the child was without the direct supervision of a caregiver. These two elements are part of the spectrum of child abuse by neglect. However, we can't say that accidents in children are due to child abuse, as there is no intentionality of harm to the child. Child abuse is often part of a broader spectrum: family violence. Methodology: A mixed study with concurrent triangulation to determine whether there is an association between family violence and accidents in children. The results of the quantitative phase show a 72.5% frequency of violence in families of children involved in accidents, with a value of  $p < 0.001$ . In the qualitative phase the presence of violence is corroborated in families in which this phenomenon was detected in the quantitative phase. It is observed that violence is exercised primarily to the woman being the partner the main for this violence, but violence from woman to woman is also observed. The main type of violence within families is psychological. It is noted as family relations are governed by gender. It is a wide range of behaviors of the parent from participatory and responsibility with the mother about the work at home and care for children, to parenting in relation to hegemonic masculinity, where men mainly plays the role of provider and the woman the role of primary caregiver for the children and at the same time

responsible for performing the duties of housecleaning and preparing food for the family, translating this inequality based on gender, a risk to health since the time of the accident the child was in most cases under the care of the mother, and this in turn, was doing work at home. Conclusions: Quantitative and qualitative evidence correlating methodology family violence and accidents in children under 5 was found. It is suggested that screening to detect domestic violence when a child is brought to medical attention as a result of an accident.

Keywords: Accidents in children, child abuse, family violence, gender-based inequality.

## INTRODUCCIÓN

Los accidentes en la infancia representan una importante causa de morbimortalidad, y esto no solo ocurre en los países considerados de primer mundo, sino también en países en vías de desarrollo, como el nuestro.

Tradicionalmente en nuestro país, de acuerdo a cifras publicadas por la Dirección General de Epidemiología (DGE), hasta pasada la mitad de la década pasada, las principales causas de morbimortalidad en niños la constituían las enfermedades infectocontagiosas como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas. A partir del año 2007, los accidentes emergen como una de las principales causas de morbimortalidad, y ya en el año 2009 se ubica como la principal causa de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad <sup>(3,22)</sup>.

Los niños durante la infancia necesitan una continua supervisión de sus actividades. Durante su crecimiento y desarrollo, una vez que los niños y niñas son capaces de desplazarse por sí mismos, el riesgo de sufrir una lesión física no intencional por exposición a agentes medioambientales es mayor, toda vez que por lo general mantienen una conducta exploratoria, y desconocen los riesgos y peligros que implican sus actividades.

Aunado a esto, si tomamos en cuenta que en la mayor parte de los hogares pueden existir múltiples condiciones de riesgo para lesiones en los niños, tales como fácil acceso a escaleras, azoteas, cocina, contenedores de agua sin cubrir, etcétera, y a que es común encontrar en los hogares diversas

sustancias tóxicas, desde productos de uso común en los hogares tales como limpiadores, como insecticidas, cáusticos, ácidos, hasta venenos para eliminar plagas del hogar, entre otras tantas, y que además es común que estas sustancias estén envasadas de fábrica en recipientes de aspecto y color atractivo para los niños <sup>(17-19)</sup>, esto implica que los niños necesitan una supervisión prácticamente continua de sus actividades. Sin embargo, en diversos estudios se ha encontrado que al momento de ocurrir un accidente en un niño o niña, estos se encontraban sin la adecuada supervisión de un cuidador <sup>(21, 23)</sup>.

Tanto la exposición a condiciones medioambientales inseguras, como la falta de supervisión, constituyen elementos que conforman indicadores de una condición llamada maltrato infantil por negligencia. Sin embargo, aunque se puede sospechar, no se puede afirmar que un accidente en un niño es debido a maltrato infantil por descuido, ya que la mayoría de expertos en el tema considera que para hablar de maltrato infantil, debe existir una situación de intencionalidad, y un accidente, de de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “un acontecimiento no premeditado, que produce daño o lesión reconocible o visible, corporal o mental”.

A su vez el maltrato infantil es en muchas ocasiones parte de una problemática más amplia, que se engloba bajo el concepto de violencia familiar. Entendemos como violencia “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar

lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”<sup>(1)</sup>, y la violencia familiar se define como “el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra”<sup>(27)</sup>.

Como ya se mencionó, la violencia familiar puede ser ejercida por cualquier y hacia cualesquier miembro de la familia, sin embargo, los reportes mencionan que hasta un 90% de la violencia es ejercida contra la mujer, y se menciona que esta es “una violación generalizada de los derechos humanos y uno de los obstáculos principales para lograr la igualdad de género”<sup>(28)</sup>.

Es por ello que se realizó el presente trabajo de investigación, buscando si existe asociación entre la ocurrencia de accidentes en niños, y la presencia de violencia familiar.

## **ANTECEDENTES**

La violencia es un fenómeno que se observa todos los días, en todas las sociedades, de tal manera que podría afirmarse que siempre ha formado parte de la experiencia humana.

Algunas manifestaciones de violencia son evidentes (terrorismo, guerras, motines y disturbios callejeros) y aparecen a los ojos de la sociedad todos los días a través de los medios de comunicación masiva. Sin embargo, es mucha más la violencia que ocurre de manera “invisible” en los hogares, los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas. Muchas de las víctimas son demasiado jóvenes, o están muy débiles o enfermas para protegerse. Algunas se ven obligadas, por las convenciones o las presiones sociales, a guardar silencio sobre las experiencias vividas <sup>(1)</sup>. Esto implica que en estos tipos de violencia es necesaria una relación de poder y/o dependencia, de la víctima respecto del victimario.

La violencia es un problema mundial de salud pública. Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Cada año, de acuerdo a reportes de la Organización Mundial de la Salud <sup>(1)</sup>, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, violencia es <sup>(1)</sup>: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”.

La clasificación adoptada en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud divide a la violencia en tres grandes categorías:

1. *Violencia auto infligida*, la cual abarca el comportamiento suicida y las autolesiones.
2. *Violencia interpersonal*, que puede ocurrir en el ámbito familiar, de pareja y/o de la comunidad.
3. *Violencia colectiva*, social, política y/o económica.

La violencia contra niños, niñas y adolescentes puede ubicarse en cualquiera de las categorías, pero para este proyecto se ha considerado la que se ubica a nivel interpersonal, específicamente, familiar, abordando la privación/negligencia.

En el año 2000, 1.6 millones de personas en el mundo perdieron la vida por actos violentos, lo que representa una tasa de casi 28.8 por 100,000. Aproximadamente el 50% de estos fallecimientos fueron ocasionados por suicidios, casi una tercera parte por homicidios y aproximadamente una quinta

parte por conflictos armados. El factor pobreza parece influir en los actos de violencia; en los países de ingresos bajos a medios los índices de violencia fueron dos veces superiores a los países de ingresos altos <sup>(1)</sup>.

Un aspecto que es importante considerar es que en muchos casos, estos actos de violencia no son mortales pero sí tienen importantes repercusiones en los individuos, las familias y la sociedad, además de representar un costo muy importante en la economía ya que se presentan frecuentes problemas de salud, los cuáles en ocasiones ameritan servicios de urgencias, ausentismo laboral y por lo tanto menor productividad, disminución de la calidad de vida y del autocuidado, así como la capacidad de cuidar a otros.

### **Factores asociados con la violencia**

El origen de la violencia es difícil de determinar, se trata de un problema multicausal, en donde intervienen y se mezclan muchos factores como son los biológicos, sociales, culturales y económicos. El informe mundial sobre la violencia y salud, propone el modelo ecológico para describir este fenómeno polifacético, mismo que aun está en fase de desarrollo y perfeccionamiento, pero intenta diferenciar los múltiples factores que influyen en la violencia, así como plantear un marco para comprender su interacción. Este modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento y que pueden

incrementar el riesgo de cometer o ser sujetos de actos violentos, clasificándolos en cuatro niveles <sup>(1)</sup>:

**Individual.** Comprende los factores biológicos y de historia personal que determinan la conducta de los sujetos y, en su caso, pueden convertirse en víctimas o victimarios. Estos factores son susceptibles de medición, entre los que se encuentran las características demográficas (edad, sexo, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad y los antecedentes de comportamientos agresivos o haber sido víctima de maltrato.

**Relaciones interpersonales.** Comprende las relaciones con familiares, amigos, pareja y compañeros. En los adolescentes se observa que en los grupos de pares que cometen actos violentos, aumenta el riesgo de que un joven los sufra o los perpetre.

**Contextos comunitarios.** Aquí se exploran los ambientes en los que se desarrollan las relaciones sociales, como son la escuela, lugares de trabajo y vecindario, la movilidad de residencia, densidad de población, niveles altos de desempleo o tráfico de drogas en la zona.

**Estructura de la sociedad.** Ésta determina el clima en el que se alienta o inhibe la violencia e intervienen en ella las normas sociales y culturales, entre las que destacan el derecho de los padres sobre el bienestar de los/as hijos/as,

el considerar el suicidio como una opción personal más que un acto violento prevenible, y aceptar la dominación masculina sobre las mujeres y los/as niños/as.

Otros factores más generales son las políticas sanitarias, educativas o sociales que propician las desigualdades económicas entre ricos y pobres, así como el acceso desigual a los bienes, los servicios y las oportunidades.

**Violencia familiar** Implica cualquier acto de poder cuyo objetivo sea ejercer un dominio absoluto sobre cualquier integrante de la familia. Esta forma de violencia constituye un problema frecuente en las familias mexicanas. Nuestra cultura favorece una condición de falta de poder en la mujer, que en el ámbito de la pareja la pone en riesgo de experimentar maltrato; dicha situación es también reproducida en las relaciones con los hijos/as, quienes a su vez, son maltratados por el padre y/o la madre. Este daño se produce al violar o invadir los espacios de quienes forman parte del grupo familiar del agresor, para quitarles seguridad y poder, y mantenerlos generalmente en desequilibrio, con el objeto de vencer su resistencia y obtener su subyugación, es decir, lograr su control y dominio.

Mientras más espacio invade el victimario, mayor control ejercerá sobre sus víctimas. Es en la familia principalmente donde se transmiten los valores

que prevalecen en la sociedad, donde se genera y perpetúa tanto la discriminación por cuestiones de género, como las relaciones de violencia a partir de la conformación de una estructura jerárquica que se da en su interior. Dicha estructura establece que alguno de sus miembros tiene el “derecho” de controlar a los demás por cualquier medio, incluso a través de la violencia. Estas estructuras verticales de poder las ha propiciado el propio Estado Mexicano al confiar que los mecanismos internos de la familia son suficientes para establecer en su interior pautas democráticas de conducta del grupo, que permiten la solución de los conflictos entre sus miembros.

Una de las formas de violencia más comunes en el hogar, es la ejercida en contra de la mujer por parte de su pareja masculina, y se puede expresar en forma de violencia física, sexual, psicológica o por descuido.

En el caso de personas adultas, las mujeres son quienes mayoritariamente experimentan maltrato por parte de sus parejas heterosexuales, por esto se considera que esta violencia puede conceptualizarse como “familiar” a la vez “basada en el género”. Algunos datos en nuestro país dan un panorama de esta problemática. Por ejemplo, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (INEGI, 2004), reporta respecto a mujeres de 15 años en adelante con pareja residente en el hogar, que 46.6% sufrió al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses; 38.4% sufrió violencia emocional, 9.3% sufrió violencia

física, 7.8% sexual y 29.3% económica. El grupo de 15 a 19 años es el que presentó una prevalencia mayor, 55.8% disminuyendo con el incremento de la edad.

Por su parte, La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 <sup>(2)</sup>, realizada en servicios de salud de instituciones del sector público del primer y segundo nivel en México, reportó que 34.5% de las mujeres han sufrido violencia de pareja alguna vez en su vida y que el 21.5% la sufren con su pareja actual. Sin embargo las prevalencias no son iguales en las diferentes Entidades Federativas. De acuerdo a estadísticas de la Dirección General de Epidemiología, en el 2010 la violencia familiar ocupó el 13º lugar en frecuencia de las enfermedades no transmisibles, y las entidades que presentaron mayor número de casos fueron Guanajuato (11.8%), Michoacán (11.1%), y Querétaro (8.9%) <sup>(3)</sup>.

Los hijos a menudo están presentes durante los altercados domésticos. En un estudio hecho en Irlanda, 64% de las mujeres maltratadas dijeron que sus hijos presenciaban habitualmente la violencia; lo mismo declaró 50% de las mujeres maltratadas en Monterrey, México <sup>(1)</sup>. Los hijos que presencian la violencia matrimonial presentan mayor riesgo de sufrir una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, entre ellos ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física. Algunos estudios mencionan que los hijos que presencian episodios violentos entre sus padres presentan con frecuencia muchos de los mismos

trastornos conductuales y psicológicos de los niños que son maltratados directamente. Datos recientes indican que la violencia también puede afectar directa o indirectamente a la mortalidad en la niñez. Los hijos de mujeres que habían sido maltratadas física y sexualmente por su pareja presentan hasta seis veces más probabilidades de morir antes de los 5 años de edad que los hijos de mujeres que no habían sido maltratadas. Las mujeres que han sufrido violencia física ejercida por su pareja muestran una tendencia significativamente mayor que las mujeres no maltratadas a haber presentado mortalidad infantil o pérdida del embarazo (aborto provocado, aborto espontáneo o mortinato).

Ahora bien, lo que vale la pena resaltar de estos datos es que, en los hogares en donde existen mujeres violentadas por su pareja, tienden a existir más casos de maltrato infantil que en los hogares sin violencia doméstica <sup>(1,4)</sup>. Las mujeres que sufren violencia durante el embarazo tienen mayor riesgo de ejercer abuso infantil (maltrato físico) sobre sus hijos <sup>(5)</sup>. En algunos casos, niñas y niños son testigos del maltrato que se vive dentro de sus hogares, el cual también es una forma de violencia <sup>(6)</sup>; asimismo tienden a ser también victimizados por sus madres maltratadas <sup>(4,7)</sup>. Se ha reportado que en los niños expuestos a violencia familiar, es más común encontrar tendencia a conductas agresivas o delictivas (RR= 1.6, IC 95% 1.1 -1.9), <sup>(8)</sup>. Considerando los datos sobre mujeres maltratadas por su pareja presentados anteriormente, podemos suponer que existen en México índices elevados de maltrato infantil en los hogares.

## **Maltrato Infantil**

Para poder entender el significado del maltrato infantil, debemos establecer en primer lugar los derechos de la infancia y las personas que tienen el deber de salvaguardarlos. Los padres, el estado y la sociedad en general, tienen la obligación de velar por los derechos de los menores de edad, entendiéndolos como a un ser humano que no ha cumplido los 18 años. Los niños y las niñas, por mandato constitucional, tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos, mientras que el estado está obligado a proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos <sup>(9)</sup>.

En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos define al maltrato infantil como: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”. Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, define a los/as niños/as maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos” <sup>(10)</sup>. El Centro de

Atención Integral al Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP) propone considerar al maltrato infantil como “toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor(es) antes o después de nacer y que afecte su integridad bio-psicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física o intelectual” <sup>(11)</sup>.

Como puede verse, no hay una definición universalmente aceptada para el maltrato infantil, lo que a su vez lleva a falta de consenso en la manera de definir los tipos de maltrato a los niños. La mayoría de autores sugiere que se deben tomar en cuenta aspectos particulares de cada cultura para definir qué actos u omisiones constituyen maltrato. No obstante, las diferencias en cuanto a cómo definen las culturas lo que constituye maltrato tienen más que ver con el énfasis en aspectos particulares del comportamiento de los padres o cuidadores. Sin embargo, en opinión de los autores, el común denominador para definir maltrato infantil debiera ser el respeto a los derechos de los niños, los cuales forman parte de los derechos humanos, y uno de ellos es el derecho a una vida libre de violencia.

Los padres y todas las personas que tengan a su cuidado niños, niñas y adolescentes, tienen la obligación de protegerlos contra toda forma de maltrato, perjuicio, daño, agresión, abuso, trata y explotación. Por lo anterior, el concepto de “maltrato infantil”, no sólo debe entenderse como la acción y efecto de

golpear, insultar o tratar mal a cualquier ser humano que se encuentre en la etapa de su vida comprendida desde su nacimiento hasta la pubertad, sino a todo acto que atente contra los derechos de los menores, ya sea de manera intencional u omisa <sup>(12)</sup>.

Pasar por alto la existencia del maltrato infantil representa un comportamiento aprendido, que se ha dado a través de generaciones mediante conductos como la familia, las amistades, el juego, el deporte, la religión, los medios de comunicación y la sociedad en general. Esta ha establecido y aceptado determinados patrones de violencia como “naturales o innatos” al ser humano; por ello es que en múltiples ocasiones, ser agredido o agredir resulta algo tan natural, que no nos damos cuenta de que esta conducta negativa se encuentra presente en nuestro actuar, sin embargo está ahí, como una forma habitual de expresión <sup>(9)</sup>.

El maltrato infantil es, pues, un problema que va más allá de las lesiones físicas o psicológicas infringidas, modificando en el mayor de los casos la personalidad de quien la recibe por el impacto de la agresión, creando una sensación de vulnerabilidad; y si a esto agregamos la ineficacia de las instancias jurídicas para la atención del problema, podemos decir que la sensación de desprotección que se arraiga en el individuo es aún mayor <sup>(10)</sup>.

Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables. Algunos investigadores han señalado que los criterios sobre la crianza de los niños en diversas culturas quizá diverjan a tal grado que resulte sumamente difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas implican maltrato o descuido. Parece que muchas culturas concuerdan en que no se debe permitir el maltrato de menores y, en este sentido, prácticamente hay unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias muy duras y el abuso sexual <sup>(10)</sup>.

#### *Tipos de maltrato infantil*

La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Descuido de Menores comparó las definiciones de maltrato de 58 países y encontró un común denominador en lo que se considera maltrato. En 1999, la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición:

“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” <sup>(1,9,10)</sup>

Algunas definiciones se concentran en los comportamientos o los actos de los adultos, mientras que otras consideran que existe maltrato cuando hay daño o amenaza de daño para el niño. La distinción entre el comportamiento — independientemente del resultado— y la repercusión o el daño puede ser confusa si la intención de los padres forma parte de la definición. Algunos expertos consideran que los niños han sufrido maltrato cuando han resultado dañados involuntariamente por actos de uno o ambos padres, mientras que otros requieren que el daño al niño sea intencional para definir el acto como maltrato.

La definición dada anteriormente cubre una amplia gama de tipos de maltrato. El estudio del maltrato infantil se concentra principalmente en los actos cometidos u omitidos por los padres u otras personas a cargo que dan como resultado el daño al niño. En particular, se investigan la prevalencia, las causas y las consecuencias de cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores, a saber:

- el maltrato físico;
- el abuso sexual;
- el maltrato emocional;
- el descuido.

Se define el *maltrato físico* de un niño como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo. El

*abuso sexual* se define como los actos en que una persona usa a un niño para su gratificación sexual. El *maltrato emocional* se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil <sup>(1)</sup>.

El *descuido* se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras <sup>(1)</sup>.

Diversas estadísticas alrededor de mundo señalan la negligencia como la forma de maltrato más común, sin embargo las investigaciones en el área de ciencias de la salud y sociales no reflejan el interés creciente en la prevalencia e implicaciones que tiene esta forma de maltrato al menor, situación que es factible atribuir a la falta de consenso en su definición, clasificación y medición. Durante el año fiscal de 2007, en los Estados Unidos de América, según reporta el Children's Bureau el 59% de la niñez sufrió maltrato por negligencia <sup>(13)</sup>. En ese mismo reporte se menciona que 34.1% del total de los decesos presentó esta clase de maltrato. En México, desafortunadamente persiste el subregistro de la morbilidad de esta entidad nosológica.

La Organización Mundial de la Salud refiere a la negligencia como una categoría de abuso similar al abuso físico, sexual o psicológico. Sin embargo, se debe considerar la importancia de señalar la diferencia en la etiología o el origen de este fenómeno que marca sus propios antecedentes, características, efectos y por consiguiente su manejo particular, además de las implicaciones legales que conlleva.

Dentro de las diversas propuestas para conceptualizar esta variedad de maltrato infantil se señala como «la incapacidad que tiene un cuidador de procurar al niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que debería ser capaz de proporcionar», destacando claramente que sólo puede hablarse de negligencia, cuando la familia o quienes son responsables del niño, no le ofrecen los recursos de los que disponen <sup>(14)</sup>.

Por lo tanto, el descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir solo en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables que no se utilizan adecuadamente para proteger al menor y satisfacer sus necesidades. Para diferenciar entre ambas, hay que considerar las condiciones sociales, económicas y culturales de los individuos y las comunidades, para lo cual el profesional encargado de la atención de un niño debe actuar con sensibilidad y profundizar en el estudio de los factores mismos del niño, del agresor, de la familia y del entorno social a fin de identificar la

posibilidad de maltrato en su variedad de negligencia o cualquier otra de sus manifestaciones, evitando hacer juicios apresurados sobre este factor <sup>(14)</sup>.

La palabra negligencia tiene la connotación de carencia o falla debida a estrés, competencia, falta de educación o deprivación socioeconómica, sin embargo puede existir intención en las actitudes negligentes <sup>(13)</sup>. En este sentido, habrá de considerar las causas o factores que pudieran identificarse que fueran determinantes para que se presente la negligencia y sus consecuencias.

Existen muchas manifestaciones del descuido de los menores, entre ellas el incumplimiento de las recomendaciones de atención de la salud, no buscar la asistencia sanitaria apropiada, la privación de alimentos que produce hambre y la falta de progreso físico en el niño. Otras causas de preocupación son la exposición de los niños a las drogas y la ausencia de protección contra los peligros ambientales. Además, el desamparo, la supervisión inadecuada, la falta de higiene y ser privados de educación son todos elementos que se consideran signos de descuido.

|Las consecuencias del maltrato infantil se pueden observar a corto, mediano, y a largo plazo. Un estudio de metaanálisis <sup>(15)</sup> logró establecer relaciones causales entre maltrato infantil no sexual y secuelas a largo plazo para maltrato por negligencia encontrando asociación estadísticamente

significativa con trastornos depresivos (OR=2.11, IC 95% 1.61 a 2.77), consumo de drogas (OR= 1.36, IC 1.21 a 1.54), intento de suicidio (OR= 1.95, IC 1.13 a 3.37), y con enfermedades de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo (OR= 1.57, IC 95% 1.39 a 1.58), lo que implica que los pediatras poseen una responsabilidad muy importante en identificar precozmente al niño maltratado, cuidar su salud, solicitar ayuda a los organismos de protección de menores y fomentar programas de prevención, apoyo y seguimiento.

### **Accidentes en niños**

La Organización Mundial de la Salud define el accidente como un “acontecimiento no premeditado, que produce daño o lesión reconocible o visible, corporal o mental”.

En los últimos años, la mortalidad infantil ha tenido un descenso importante, lográndose una reducción en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas (neumonías y enfermedades diarreicas), y sin embargo, los accidentes se han convertido en la causa número 1 de mortalidad en niños de 1 a 4 años (27.3% en niños y 21% en niñas, en el 2007) lo que se mantiene aún en zonas de alta marginación <sup>(3)</sup>.

En la ciudad de Morelia, Michoacán, en el Hospital Infantil durante el año 2011 los accidentes constituyeron la tercera causa de atención en el servicio de Urgencias, con un total de 1254 atenciones (931 niños de 5 a 12 años, 290

niños de 2 a 5 años y 33 niños menores de 2 años), siendo hospitalizados 263 niños (18.8%). En el grupo de preescolares la principal consecuencia de los accidentes son las fracturas, y en el grupo de lactantes la principal consecuencia son los traumatismos internos e intracraneales. En Consulta Externa del Hospital Infantil, en 2011, los accidentes se encuentran entre las 10 primeras causas de búsqueda de atención, con un total de 6350 atenciones por fracturas, y 2475 agrupados como otros traumatismos.

Los lugares donde ocurren mayor cantidad de accidentes en menores de cinco años son el hogar (primer lugar), seguido de la escuela, y la vía pública. Algunos de los factores de riesgo para la ocurrencia de accidentes en el hogar <sup>(16,17)</sup>, son: contactos eléctricos no protegidos (40%), productos peligrosos al alcance de los niños, entre los que se mencionan: productos de limpieza (38%), productos para reparaciones (34%), bolsas de plástico (30%), herramientas (30%), ausencia de barandales en cunas (30%), ausencia de barandales en escaleras (48%), libre acceso a azoteas (44%). Este estudio reporta como el grupo de edad más afectado el de 1 – 2 años. Entre las causas de accidentes se mencionan también en primer lugar las lesiones de la cabeza (contusiones, fracturas); seguido de caídas de un nivel a otro (escaleras, cama), o del mismo nivel (resbalarse, tropezarse), y en siguiente lugar se ubican las quemaduras con líquidos hirvientes. También se mencionan como causas de accidentes en este grupo de edad, el ahogamiento y atragantamiento <sup>(17)</sup>, y como factores de riesgo para esta causa de accidentes se menciona la presencia de

contenedores de agua en el hogar (cubetas y tinas de lavandería), falta de accesorios de seguridad en aljibes y pozos <sup>(18)</sup>. Otra causa de accidentes en el hogar es la ingestión de cáusticos <sup>(19)</sup>. La muerte por electrocución ocurre en dos terceras partes en el hogar, teniendo un mayor riesgo la población rural que la urbana <sup>(20)</sup>.

Se ha observado que la mayor parte de las ocasiones estos accidentes ocurren en condiciones en las el niño (a) se encontraba sin la adecuada supervisión de un adulto o en ausencia del mismo <sup>(6,21)</sup>, lo que contribuyó a la generación del accidente (S.A.P. 2001). Esta distracción, o falta de supervisión constituyen indicadores de maltrato infantil por negligencia o descuido, sin embargo, no es adecuado afirmar que los niños accidentados en el hogar sufren también de maltrato, porque no hay una definición universal y aceptada para maltrato infantil <sup>(11)</sup>.

Tradicionalmente se tiene el concepto de que los accidentes en niños son eventos inevitables, y “obra de la fatalidad”. Sin embargo, los accidentes deben ser considerados como una enfermedad, y como tal, son susceptibles de ser prevenidos.

## **JUSTIFICACIÓN**

### **Planteamiento del problema**

Tanto la violencia familiar como los accidentes, son unas de las principales causas de morbilidad en la población general. En los niños de 1 a 4 años de edad, los accidentes se ubican como la primera causa de mortalidad, superando a la reportada por enfermedades diarreicas y respiratorias. Un elemento descrito como factor de riesgo para la generación de accidentes en niños, es la coexistencia de riesgos medioambientales, distracción y/o la falta de supervisión por los cuidadores, y los cuales constituyen manifestaciones de maltrato infantil por descuido, lo que a su vez puede ser expresión de violencia familiar. Por ello, se busca determinar si existe asociación causal entre estas variables (accidentes, maltrato infantil por descuido y violencia familiar), para lo cual se elabora la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la prevalencia de violencia familiar, negligencia y accidentes en menores de cinco años?

Los accidentes en la población menor de 5 años, constituyen una de las primeras diez causas de morbilidad en nuestro país. De acuerdo a cifras de la Dirección General de Epidemiología, desde 2009, los accidentes se reportan como la cuarta causa de mortalidad en los menores de un año, y como la primera en los niños de 1 a 4 años <sup>(22)</sup>. Estos accidentes ocurren en su mayoría dentro del hogar, siguiendo en frecuencia los ocurridos en la vía

pública, y en tercer lugar, en la escuela. Entre los múltiples factores de riesgo para esta enfermedad se encuentran condiciones medioambientales inseguras, esto aunado a que muchas de las veces el accidente ocurre en condiciones en que el niño se encuentra sin la supervisión adecuada de un adulto. Esta falta de supervisión está asociada con mayor riesgo de lesiones para el niño <sup>(21,23)</sup>. La distracción de los cuidadores aumenta hasta en 15 veces el riesgo de intoxicaciones en el hogar <sup>(6)</sup>.

Tanto la falta de protección contra riesgos medioambientales, como la falta de supervisión, constituyen manifestaciones de maltrato infantil por negligencia. Este tipo de maltrato es el resultado de actos de omisión o comisión <sup>(24,25)</sup>, que resultan en daño actual o potencial para el niño. Sin embargo, no se debe etiquetar todos los casos de accidentes en niños como producto de, o relacionados con maltrato infantil, aún cuando hayan existido fallas en la supervisión del niño, por lo que es importante determinar cuando la inadecuada supervisión o la falla para proteger al niño de diversos riesgos constituyen maltrato por descuido <sup>(26)</sup>.

A su vez, el maltrato infantil con frecuencia es una manifestación de un nivel más grande de violencia, que se engloba en el término de violencia familiar. La violencia familiar en el 2010 ocupó el 13º lugar de las 20 principales enfermedades no transmisibles, siendo las entidades que presentaron mayor número de casos Guanajuato (11.8%), Michoacán (11.1%), y Querétaro (8.9%) <sup>(3)</sup>. Está descrito en la literatura médica que los niños en cuyas familias existe

violencia familiar sufren daños a la salud, manifestados por problemas emocionales y de conducta, e inclusive tienen más probabilidades de morir antes de los cinco años de edad.

Así, dada la estrecha relación entre maltrato infantil y violencia familiar, y que para identificar a esta existe un mayor consenso, se propone buscar si hay asociación entre accidentes, violencia familiar. De comprobarse esta asociación, permitirá cambiar el tradicional enfoque diagnóstico-terapéutico de los niños que son atendidos en los servicios de urgencias a causa de accidentes, obligando a dar mayor énfasis en los aspectos socioculturales y educacionales de los cuidadores del niño, y ofreciendo apoyo multidisciplinario (medicina, trabajo social y psicología e inclusive apoyo legal) a las familias víctimas de violencia.

## **HIPÓTESIS:**

La violencia familiar es un factor de riesgo de accidentes en menores de cinco años

## **OBJETIVOS**

### **General**

Determinar si existe relación entre la incidencia de violencia familiar y la presencia de accidentes en menores de cinco años de edad.

### **Particulares**

- Conocer la frecuencia de violencia familiar en niños menores de cinco años, que sufren accidentes.
- Conocer la influencia de los determinantes sociales de la salud en la generación de violencia familiar, en los niños menores de cinco años que sufren accidentes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó de un estudio mixto (cuantitativo-cualitativo), de triangulación concurrente.

### **Fase cuantitativa**

*Respecto a la fase cuantitativa del proyecto, se realizó lo siguiente:*

*Diseño:* Se realizó un estudio transversal y observacional, en población que acudió a solicitar servicios de salud en el Hospital Infantil de Morelia, Michoacán.

*Universo:* Madres de los niños menores de cinco años de edad llevados a atención médica en el Hospital Infantil de Morelia.

*Muestra:* Por conveniencia, de madres de niños menores de cinco años de edad, que los lleven a recibir atención médica en el Hospital Infantil de Morelia, por haber sufrido algún accidente.

El tamaño de la muestra se calculó por la fórmula siguiente:

$$n = \frac{t^2 \times p(1 - p)}{m^2}$$

$$m^2$$

Descripción:

**n** = tamaño de la muestra requerido

**t** = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

**p** = prevalencia estimada de violencia familiar <sup>(3)</sup>.

**m** = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05).

Tamaño de muestra: 64 pacientes.

*Variable dependiente:* Violencia familiar. Definición operacional: puntuación entre 1 a 40 al responder el “Cuestionario de factores de riesgo de violencia familiar” (Anexo 2), excepto cuando todo el puntaje obtenido se encuentre en el apartado II del cuestionario.

*Variable independiente:* Accidentes en niños menores de cinco años. Definición operacional: daños a la salud por lesiones no intencionales, incluidas las siguientes: caídas, quemaduras, atragantamiento, semiahogamiento o ahogamiento, mordeduras por perro u otros mamíferos, intoxicación por picadura de alacrán, intoxicación por mordedura de araña (viuda negra), intoxicación por plaguicidas, intoxicación por ingesta de cáusticos o álcalis. Ocurridos en niños que reciban atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de Morelia.

*Criterios de inclusión:*

Edad, niños entre 1 y 59 meses cumplidos.

El motivo de ingreso fue un accidente.

Ambos géneros.

Niños cuyos padres o tutores aceptaron participar en el estudio y firmaron hoja de consentimiento bajo información.

*Criterios de exclusión:*

Niños que tienen diagnóstico previo enfermedades crónicas, o malformaciones genéticas.

Niños de más de 5 años

*Criterios de eliminación:*

Muerte estadística.

Análisis estadístico

Estadística descriptiva: frecuencias, medias, desviación estándar.

Estadística inferencial: se analizará la relación existente entre accidentes en niños menores de cinco años de edad, y la presencia de violencia familiar, mediante la medición de la razón de momios (OR) y del riesgo relativo (RR), y

medición de intervalos de confianza (IC) del 95%. Se aplicará la prueba de  $\chi^2$  para buscar si existe o no asociación estadísticamente significativa.

### **Fase cualitativa**

*Para la fase cualitativa del proyecto, se realizó lo siguiente:*

El apartado cualitativo de la investigación se realizó en los cuidadores habituales (madres u otros familiares directos u otros tutores) de los niños que sufrieron un accidente, enfocando la obtención de datos en los siguientes aspectos específicos: influencia de la división del trabajo basada en el género, tipo de masculinidad y paternidad, en las relaciones familiares; manifestaciones de violencia de género en la familia; y atención dirigida por los cuidadores para la satisfacción de las necesidades de los niños.

Los objetivos de la fase cualitativa fueron:

1. Describir de que manera las relaciones familiares están afectadas por los determinantes sociales de la salud (división del trabajo basada en el género, modelo de masculinidad y modelo de paternidad).
2. Explorar las manifestaciones de violencia familiar (emocional, económica, física, sexual, patrimonial, económica).
3. Determinar cuál es la capacidad y la respuesta de los cuidadores para la satisfacción de las necesidades de los niños, y relacionar esto con la

actividad que el cuidador realizaba al momento que el niño sufrió el accidente.

a) Muestra y reclutamiento

La muestra se obtuvo por conveniencia y se constituyó con las madres o cuidadores habituales de los pacientes que contesten el Cuestionario de Factores de Riesgo de Violencia Familiar (Anexo 2), y que posteriormente aceptaron participar en la fase cualitativa del estudio. Dichas participantes se dividieron en dos grupos: aquellas a quienes el cuestionario detecta violencia familiar, y las que no.

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas (al grupo con violencia y al grupo sin violencia familiar), hasta que se obtuvo saturación de la información. Cuando fue posible se realizó también entrevista al padre del niño u otro cuidador habitual, con el propósito de llevar a cabo triangulación de la información. La entrevista se registró en medio de audio digital para su posterior análisis.

b) Herramientas de recolección de datos

Se desarrolló como instrumento de recolección de datos una guía de entrevista individual (anexo 3)

Para el diseño del instrumento de recolección de datos se basará en una revisión de la bibliografía científica nacional e internacional existente sobre temas afines. Se realizó un estudio piloto de los instrumentos con el propósito

de realizar ajustes necesarios a los mismos. Los resultados de la aplicación del estudio piloto no se incluyeron en el estudio final.

### c) Análisis

Transcripción de las entrevistas usando el programa Express Scribe.

Las grabaciones de las entrevistas se almacenaron en medio electrónico. Para conservar la confidencialidad, no se registraron los nombres de los y las entrevistados en los nombres de los archivos digitales (se etiquetaron como “cuidador(a) del paciente #1” etc.).

Las transcripciones de entrevistas individuales se analizaron con las técnicas del análisis cualitativo surgidas de las tradiciones de la teoría fundamentada. Este método involucra la codificación del material transcrito; la codificación implica la clasificación de pedazos de las entrevistas en categorías *a priori* definidas con base en el marco teórico y la revisión de la literatura, así como categorías emergentes o *in vivo* surgidas del material de las mismas entrevistas, para sistematizar la información y buscar patrones, similitudes y diferencias. Se llevó a cabo este análisis temático del material cualitativo a través de la lectura de las transcripciones (inmersión en el material cualitativo generado), la codificación y anotación de apuntes metodológicos, descriptivos y teóricos.

En el análisis cualitativo se realizaron las siguientes actividades durante la lectura y codificación:

1. Anotar los temas, ideas, preguntas que surgen durante la lectura (en una bitácora de apuntes de codificación, “memos”);
2. Determinar cómo clasificar en categorías los discursos transcritos; es decir, cómo aplicar códigos definidos *a priori* con base en la revisión de la literatura teórica y sobre el tema, así como generar códigos emergentes y *in vivo* basados en el discurso de los/as participantes;
3. Generar una lista de códigos con definiciones conceptuales (teóricas) y operativas (cómo aplicarlos).
4. Una vez que la lista de códigos se generó, se realizó la codificación de las entrevistas.

Posterior a la codificación de los datos, se realizó la interpretación, presentando (agrupando) la información pertinente para cada categoría (discursos o partes de las entrevistas codificados con cada código), resumiendo la información para reducirlo a una expresión de los puntos esenciales y buscando el significado de los discursos. A lo largo del proceso de codificación e interpretación, se buscó tomar en cuenta tanto los datos indicativos de normas sociales dominantes (hegemónicas) que se manifiestan dentro de los discursos de los y las entrevistados/as como también normas minoritarias, no dominantes o de resistencia. Es decir, se buscó conocer los consensos que hay entre las y los entrevistados, pero también las controversias o diferencias en las opiniones o perspectivas.

#### d) Resultados y discusión

Los datos cualitativos sobre la presencia de violencia en familias de niños que han presentado un accidente y que son atendidos en el Hospital Infantil de Morelia, de la Secretaría de Salud de Michoacán se presentaran organizados en tres temas generales: influencia de los determinantes sociales de la salud en la generación de violencia familiar, tipo de violencia ejercida en la familia, percepción de los cuidadores de la responsabilidad del cuidado de los niños, y conocimiento de los riesgos existentes en el hogar para la producción de accidentes, y acciones que se toman al respecto.

#### e) Procedimiento general

1. Previo al inicio de la investigación, el investigador recibió capacitación por parte del asesor y director de tesis para la realización obtención de la entrevista personal semiestructurada, y capacitación para la prevención, detección y manejo de crisis emocionales.
2. Los cuidadores de los niños se reclutaron por el investigador en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil de Morelia “Eva Samano de López Mateos”.
3. Posterior a la atención médica inicial proporcionada al niño(a) por el médico tratante, se invitó al cuidador(a) niño (a) a participar en la investigación, explicándole los motivos y objetivos de la misma y en caso

de aceptar, se le solicitó firmar la hoja de consentimiento bajo información (anexo # 3).

4. Se llenó primeramente el anexo # 1. Posteriormente se solicitó al cuidador(a) del niño(a) que conteste el Cuestionario de factores de riesgo de violencia familiar.
5. Se seleccionará a las(os) participantes para la realización de la entrevista. Las entrevistas se realizarán en un lugar con privacidad y relativo silencio y sin interrupciones frecuentes, y en presencia solamente del investigador y la (el) entrevistada(o). Las entrevistas individuales semiestructuradas con los cuidadores habituales de los niños serán guardadas en grabadora digital y se harán respaldos de los archivos en una computadora personal y en un disco duro externo.
6. Las entrevistas personales semiestructuradas y se realizaron en un lugar adyacente al Servicio de Urgencias, donde se contó con privacidad y relativo silencio y sin interrupciones.
7. Se realizó transcripción de las entrevistas semiestructuradas, y posteriormente se llevó a cabo su codificación y análisis, generación de resultados y discusión.

f) Aspectos éticos

La realización del proyecto se apegó al “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud”, a la Declaración de Helsinki, y demás pautas internacionales para la investigación en seres humanos. Será indispensable la obtención del consentimiento informado (Anexo # 3) por parte de los padres o tutores del niño. Las familias en las que se detectó la presencia de violencia familiar, fueron canalizadas para su atención a los módulos de atención contra la violencia, del Hospital Infantil de Morelia, y Hospital de la Mujer.

## RESULTADOS

Los resultados del análisis cuantitativo arrojan los siguientes resultados:

- a) Algunas características demográficas de la población estudiada se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1: Características demográficas				
Variable	Con Violencia Familiar		Sin Violencia Familiar	
	Media	DE	Media	DE
Edad del niño (meses)	30.1	15.4	27.4	13.9
Peso del niño (kg)	13	4.57	12.2	2.98
Edad materna (años)	27.6	5.7	25.7	5.7
Edad paterna (años)	30.1	7.3	29.4	6.99
Escolaridad materna (años)	7.8	3.15	8.2	2.5
Escolaridad paterna (años)	6.8	3.55	7.65	3.1
Hermanos del menor	1.4	1.19	1.76	1.2
Lugar entre hermanos	2.13	1.09	2.52	1.17

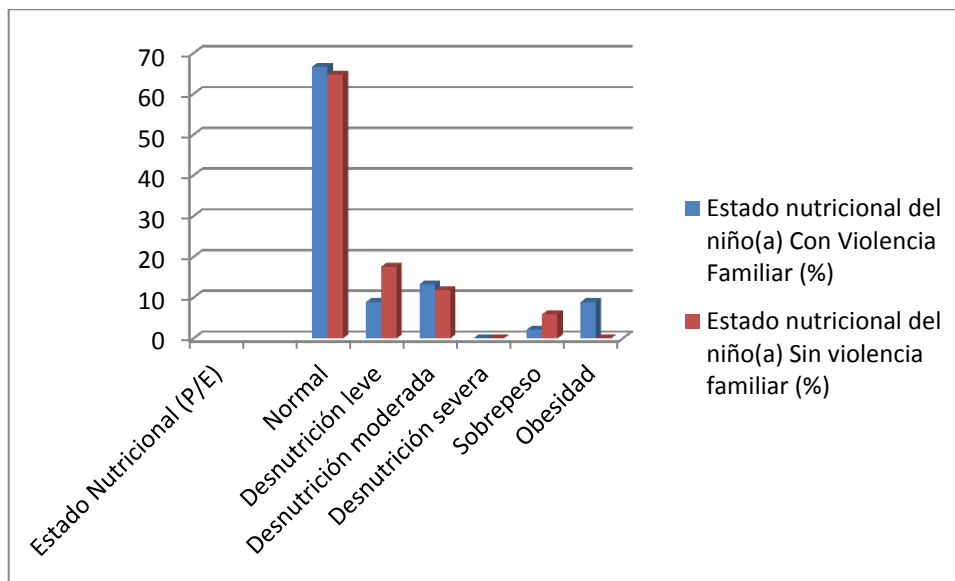
Tabla 1: Características demográficas

De lo anterior observamos que no existen diferencias demográficas importantes entre las familias en donde se encontró violencia y las que no.

Se analizó también el estado nutricional de los niños, comparándolo entre las familias que presentan violencia y las que no. Los hallazgos se muestran en la tabla 2

Estado nutricional del niño(a)		
	Con Violencia Familiar (%)	Sin violencia familiar (%)
Estado Nutricional (P/E)		
Normal	66.7	64.7
Desnutrición leve	8.9	17.6
Desnutrición moderada	13.3	11.8
Desnutrición severa	0	0
Sobrepeso	2.2	5.9
Obesidad	8.9	0

**Tabla 2: Estado nutricional del niño**

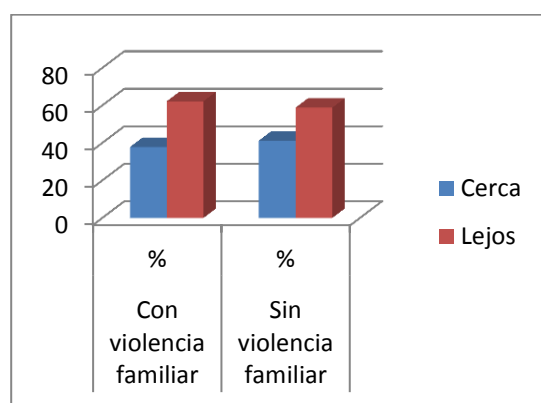


**Gráfica # 1 Estado Nutricional del Niño**

Al interrogar donde se encontraba el cuidador al momento del accidente, se obtuvieron los siguientes resultados, expresados en la tabla 3

¿Dónde estaba el cuidador al momento del accidente?		
	Con violencia (%)	Sin violencia (%)
Cerca	37.8	41.2
Lejos	62.2	58.8

Tabla 3: Ubicación del cuidador al momento del accidente



Gráfica 2 Ubicación del cuidador al momento del accidente

Al analizar la frecuencia de violencia familiar se obtuvieron los siguientes resultados:

	Violencia Familiar		$\chi^2$	P
	SI	NO		
Frecuencia				
%	72.5	27.5	12.6	< 0.001

Tabla 4: Presencia de Violencia Familiar

## **ANALISIS**

Los accidentes en los niños menores de cinco años son una causa importante de morbimortalidad. Ya se ha definido por otros autores como en la mayoría de casos de accidentes en niños, estos se encuentran solos, y expuestos a condiciones medioambientales inseguras. Es entonces inevitable pensar que los accidentes en niños están directamente relacionados con negligencia en los cuidados del niño, lo cual representa maltrato infantil. En este estudio, se logra definir la que la actividad que desarrolla el cuidador (la madre, con mayor frecuencia) al momento del accidente, es la realización del trabajo doméstico.

Esto representa un riesgo para la salud de los niños, que se traduce en accidentes, y a la vez para la mujer, significa una desigualdad basada en el género, la cual se expresa por la presencia de una doble o hasta triple carga de trabajo, al tener a su cargo el cuidado de los menores de edad, y al mismo tiempo tener la responsabilidad principal para la realización de las tareas domésticas, y en ocasiones, también llevar a cabo una actividad económicamente remunerada, con el propósito de colaborar al mejoramiento de la economía del hogar y de la propia.

Esta desigualdad basada en el género constituye una manifestación sutil de violencia familiar. Aunado a manifestaciones más visibles de violencia contra la mujer, tales como violencia emocional, psicológica, física, económica y sexual, las cuales se detectaron tanto con las herramientas cuantitativas como

cualitativas, lo cual le da a este estudio una mayor solidez, al lograr mediante la triangulación de la información aumentar la fiabilidad de los resultados.

## CONCLUSIONES

Se pueden expresar la siguientes conclusiones:

1. Existe evidencia, tanto cuantitativa como cualitativa, que relaciona violencia familiar y accidentes en niños menores de 5 años.
2. La violencia familiar es ejercida principalmente del padre de familia hacia la madre.
3. También hay violencia ejercida de mujer a mujer, observándose esto en las madres solteras, contra quienes la violencia es ejercida por aquellas que tienen la relación de poder en la familia.
4. El principal tipo de violencia ejercida, es la emocional.
5. Existen situaciones de violencia hacia la mujer, las cuales ella misma no identifica como violencia, como es el caso de los llamados micromachismos.
6. En la mayoría de los casos, el cuidador al momento del accidente es la madre, quién se encontraba lejos del niño realizando labores domésticas.
7. La doble carga de trabajo en el hogar: cuidado de los hijos y trabajo doméstico, es en sí misma una desigualdad basada en el género, lo que implica un riesgo para la salud de los hijos, por la falta frecuente de supervisión.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugiere la realización de tamizaje para detectar violencia, en las familias de los niños que son llevados a atención médica a causa de un accidente.

Es necesaria la capacitación a cuidadores de los niños, para detectar las condiciones de riesgo para accidentes en niños, y actuar para corregirlas.

Es necesaria la creación de políticas públicas que promuevan la igualdad de género, y a la vez, promuevan una adecuada educación emocional en la población, lo cual limitaría las manifestaciones de violencia.

## **SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS**

Dada la originalidad de la información obtenida mediante este estudio, es necesario realización de más proyectos de investigación, que corroboren o en su caso, refuten la teoría obtenida en esta investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, 2002. Informe Mundial sobre Violencia y salud. Capitulo 3, pp. 65 – 94.
2. INEGI. Encuesta nacional de violencia contra las mujeres, 2003. Instituto Nacional de Salud Pública.
3. SINAVE/DGE/SALUD 2010 Información Epidemiológica de Morbilidad, Anuario Ejecutivo.
4. Chan KL Children exposed to child maltreatment and intimate partner violence: a study of co-occurrence among Hong Kong Chinese families. *Child Abuse Negl* 2011 Nov; 27 (11): 1231-46
5. Chan KL. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. 2012, *Child Abuse Negl*, Apr;36(4): 275-84.
6. Ramos CL. Risk factor contributing to childhood poisoning. *J Pediatr (Rio J)* Sep-Oct; 86(5):435-40.
7. Milner JS. Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse Negl* 2010, May; 34(5): 332-44.
8. Kernic MA. Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse Negl* 2003, Nov (11): 1231-46.

9. Murillo E. Atención integral a niñas y niños. En M. Jiménez (coord.). Caras de la violencia familiar. 2005, México:Gobierno del Distrito Federal/Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 329-50.
10. Villatoro J. ¿Como educamos a nuestros hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y factores asociados. 2006, México, Instituto Nacional de las Mujeres. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñíz, pp. 6-38.
11. Perea Martinez. El maltrato al menor, propuesta de una definición integral. Bol Med Hosp Infant Mex, 2001, 58, pp. 251-8.
12. Guerra AA. Aspecto legal del maltrato infantil. En M. Jiménez (coord.). Caras de la violencia familiar. 2005, México: Gobierno del Distrito Federal/ Universidad Autónoma de la Ciudad de México, pp. 317-27).
13. Loredó Abdalá. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la comisión para el estudio y atención integral al niño maltratado. Segunda parte. 2011, Salud Mental; 34: 67-73.
14. Perea Martínez. Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. Acta Pediatr Mex, 2011, 28(5): 193-7.
15. Norman RE. The long term health consequences of child psysical abuse, emotional abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. Plos Med 2012, 9(11):e1001349.doi:10.1371/journal.pmed.1001349.

16. Hajar Médina MC. Home accidents in children less than 10 of age: causes and consequences. *Salud Publica Mex* 1992, Nov-Dec; 34(6): 615-25.
17. Hajar Médina MC. The risks factors for home accidents in children. A case-control study. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 1993 Jul; 50(7): 463-74.
18. Sevilla Godinez RE. Prevalence of risk factors for drowning at home related to the socioeconomic level. *Rev mex Inst Mex Seguro Soc*, 2010, Nov-Dec; 48(6) 645-52.
19. Sanchez Rámirez CA. Socio-demographic factors associated with caustic substance ingestion in children and adolescents. 2012, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, Feb; 76(2): 253-6.
20. Mashreky SR. Epidemiology of childhood electrocution in Bangladesh: findings of national injury survey. *Burns*, 2010, Nov; 36(7): 1092-5.
21. Morrongiello BA. "I think he is in his room playing a video game": parental supervision of young elementary-school children at home. *J Pediatr Psychol*, 2011, Jul 36(6): 708-17.
22. SINAVE/DGE/SALUD 2009. Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México.
23. Ruíz Casares M. Supervisory neglect and risk of harm. Evidence from the Canadian Child Welfare System. *Child Abuse Negl* 2012; 36(6): 471-80.
24. Berkowitz CD. Fatal child neglect. *Adv Pediatr*, 2001, 48: 331-61.

25. Dubowitz H. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, 2007, 369: 1891-99.
26. Schnitzer PG. Assessment of caregiver responsibility in unintentional child injury deaths: challenges for injury prevention. *Inj Prev*, 2011, Feb 17 Suppl 1:45-54.

# **ANEXOS**

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de elaboración \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Con quién vive el niño \_\_\_\_\_ Domicilio actual \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

DATOS DE LA FAMILIA

Estado civil de los padres \_\_\_\_\_ Situación actual de los padres \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Cuenta con el apoyo de alguien SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 Quién \_\_\_\_\_ Gesta Para Aborto \_\_\_\_\_  
 Cesárea \_\_\_\_\_ Toxicomanías SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 Cuales \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Toxicomanías SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 Cuales \_\_\_\_\_

Nombre del padrastro/madrastra \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Estado civil con la madre/padre \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_  
 Toxicomanías \_\_\_\_\_

Número de hermanos del menor \_\_\_\_\_ Nombre, edad \_\_\_\_\_  
 Lugar que ocupa el paciente dentro de la familia \_\_\_\_\_ Número de hermanastros paternos \_\_\_\_\_  
 Número de hermanastros maternos \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERINATALES

Embarazo planeado SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Embarazo aceptado SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Intento/deseo de aborto del padre/madre  
 SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Acudió a control prenatal SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_

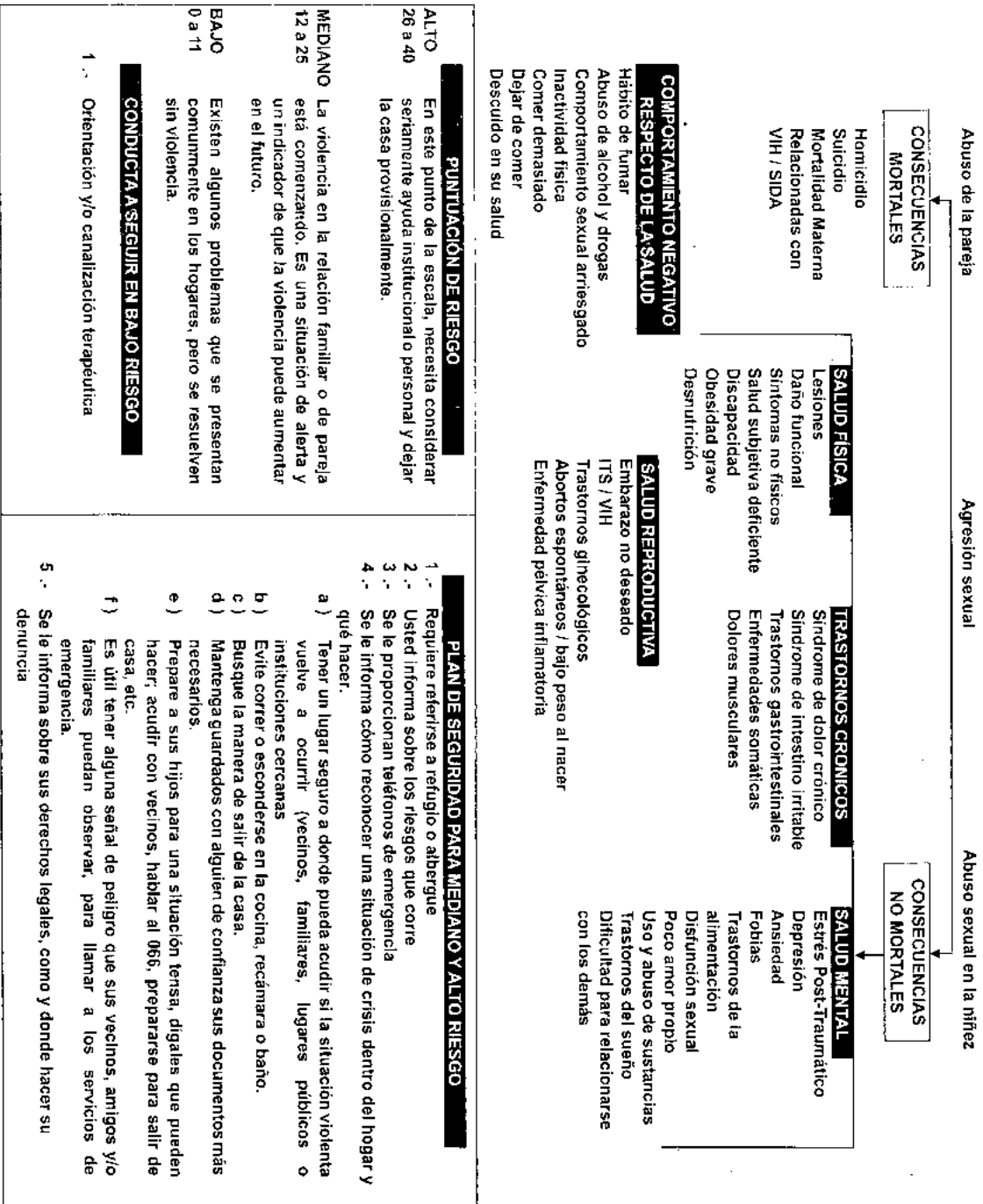
Enfermedades o tratamientos durante el embarazo \_\_\_\_\_  
 La madre recibió maltrato durante el embarazo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Por quién \_\_\_\_\_  
 Contó con el apoyo de su pareja al saber del embarazo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_  
 Toxicomanías durante el embarazo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_  
 Especifique \_\_\_\_\_ toxicomanías \_\_\_\_\_

Mecanismo de producción del accidente \_\_\_\_\_  
 Que hacia el cuidador al momento del accidente \_\_\_\_\_

ÍNDICE DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

Variable	Categoría		
	Bueno Valor= 2 puntos	Regular Valor= 1 punto	Malo Valor= 0 puntos
Piso de la vivienda	Recubrimiento ( )	Cemento ( )	Tierra ( )
Disponibilidad de agua potable	Intradomiciliaria ( )	Dentro del terreno o vecindario ( )	Hidrante público ( )
Disposición de excretas	Drenaje ( )		Otros ( )
Nivel de hacinamiento (personas por cuarto)	No hacinado (hasta 1.5 personas) ( )	Semihacinado (1.5 a 3.5 personas) ( )	Hacinado ( )
Escolaridad del (a) jefe (a) de familia	7 y más años ( )	4 a 6 años ( )	Hasta 3 años ( )
Suma			
Total			

## ANEXO 2



ANEXO 3

SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACAN

HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA “EVA SAMANO DE LÓPEZ MATEOS”

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Que cumple con los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y de la declaración de Helsinki (revisión 2009).

Morelia, Michoacán, a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Por medio del presente, \_\_\_\_\_ declaro ser madre (  ) padre (  ) del niño(a) \_\_\_\_\_, el cual está siendo atendido en el Hospital Infantil de Morelia, y se me invita a participar en el estudio “Comorbilidad de violencia familiar y accidentes en niños menores de 5 años de edad”. Mi participación consistirá inicialmente en contestar un cuestionario. Posteriormente, si deseo seguir participando, responder una entrevista individual. Si deseo continuar participando, posteriormente participaré en una entrevista grupal (grupo focal).

Se me hace saber que si no acepto participar en la investigación, esto no afectará la atención actual o futura que reciba mi hijo(a) en este Hospital.

Se me ha explicado que me puedo retirar de la investigación en cualquier momento, aún cuando ya haya previamente firmado esta hoja de autorización, y ello no disminuirá o afectará negativamente la calidad de la atención que recibe mi hijo(a) en este Hospital.

Los resultados de la investigación servirán para desarrollar medidas tendientes a mejorar la evaluación y atención integral que se ofrece en el Hospital Infantil a los niños víctimas de accidentes.

Se me ha informado que, si como resultado de la presente investigación se detecta riesgo o presencia de violencia en mi familia, se me dará la orientación y atención necesaria en la Secretaría de Salud de Michoacán, para afrontar dicho problema.

Acepto participar en (  ) Cuestionario (  ) Entrevista individual

(  ) Entrevista grupal.

No deseo participar (  )

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Dr. David Cuevas Rojas (investigador)

#### ANEXO 4

1. ¿Cuándo ocurrió el accidente? ¿Hace cuanto tiempo?
2. ¿Cuál fue la causa del accidente? ¿Qué explicación da?
3. ¿Considera que algo o alguien causó el accidente?
4. ¿Hubo testigos del accidente? ¿Quiénes?
5. ¿Qué medidas fueron tomadas por los padres, cuidadores, etc.?
6. ¿Quién la acompaña para traer al niño(a) al hospital? Su esposo(a)
7. ¿Cuál fue la reacción de el (ella) ante el accidente que sufrió el niño(a)?
8. ¿Cómo considera esa reacción? ¿Por qué?
9. ¿Cómo considera que son las relaciones de pareja en la actualidad? ¿Por qué?
10. ¿Cuál o cuales cree que sean las causas de las diferencias en las relaciones de pareja?
11. ¿Cuáles son las actividades principales de su pareja en la familia?
12. ¿Cuáles son las actividades principales de Usted en la familia?
13. ¿Cuáles son las principales cualidades de su pareja?
14. ¿Cuáles son los principales defectos de su pareja?
15. La sencillez, la espontaneidad, expresión de sentimientos y emociones, y la preocupación por el bienestar y el cuidado de los demás, considera que son propias del comportamiento de (hombre o mujer).
16. Tener éxito, ganar dinero, trabajar, ser fuerte, considera que son rasgos propios de (hombre o mujer)
17. ¿Qué actividades lleva a cabo su pareja al llegar a casa después de trabajar?
18. ¿Qué actividades lleva a cabo su pareja durante sus días de descanso laboral o vacaciones?
19. ¿Cuál es su opinión de un hombre tierno, sentimental, sensible, delicado, y hogareño?
20. ¿Cuál es su opinión de una mujer impositiva, autoritaria, que trabaja 8 ó más horas fuera de casa?
21. Las siguientes son características y actividades propias de hombre o mujer?: autoridad, delicadeza, belleza física, se manda solo, fortaleza, ser jefe, cuidado de los hijos, obtención de bienes, control de emociones, criar hijos, poder enfermarse, acudir a atención médica, sumisión.
22. ¿Cuáles considera que son sus responsabilidades con su pareja?
23. ¿Cuáles considera son las responsabilidades de su pareja para con Usted?
24. Cuáles son las responsabilidades de Usted para con sus hijos?
25. ¿Considera que cumple adecuadamente con estas responsabilidades? ¿Por qué?
26. ¿Considera que su hogar es un lugar seguro para sus hijos?
27. ¿Qué precauciones ha tomado en su hogar para que este sea seguro para los niños? ¿O qué cambios debe realizar o que precauciones debe tomar en su hogar para que sea más seguro?
28. ¿Por qué no ha llevado a cabo estos cambios?
29. En su familia quién se ocupa del cuidado de los niños pequeños: alimentarlos, bañarlos, cambiarles ropa, vigilarlos, educarlos?

30. ¿Cual es la reacción de su pareja si al llegar de trabajar no hay alimentos preparados? ¿O si tienen mal sabor? ¿Cómo reacciona Usted? ¿Cómo se siente ante esto?
31. ¿Cuál es la reacción de su pareja si la casa está sucia? ¿Cómo reacciona Usted? ¿Cómo se siente ante esto?
32. ¿Cual es la reacción de su pareja si le pide más dinero para las necesidades de la familia?
33. ¿Cuál es la reacción de su pareja si los hijos le piden dinero, que juegue con ellos, que les de comida, que los lleve de vacaciones?
34. ¿La falta de dinero ha causado diferencias o problemas con su pareja? ¿Por qué?
35. ¿Su pareja le ha entregado menos dinero del habitual? ¿Por qué?
36. ¿Alguna vez su pareja le ha dejado de hablar? ¿Por qué?
37. ¿Su pareja le ha ignorado, o no le ha tomado en cuenta? ¿Por qué?
38. ¿Su pareja le ha dicho fea? ¿Tonta? ¿Floja? ¿Lenta? ¿La ha comparado con otras mujeres?
39. ¿Su pareja le ha hecho sentir miedo?
40. ¿Es común que teniendo tiempo para ayudarlo, su pareja le deje el quehacer de la casa?
41. ¿Su pareja le ha amenazado con irse, o quitarle a los niños?
42. ¿Su pareja le prohíbe o le ha prohibido salir o que la visiten?
43. ¿Su pareja le ha hecho sentir miedo? ¿Por qué?
44. ¿Su pareja le ha amenazado con algún arma?
45. ¿Su pareja le ha reclamado a Usted por como gasta el dinero?
46. ¿Su pareja le ha prohibido trabajar o estudiar?
47. ¿Su pareja se ha gastado el dinero para la familia en otras cosas?
48. ¿considera que su pareja es codo o tacaño con los gastos de la casa?
49. ¿Su pareja le ha amenazado con no darle para el gasto, o no le da?
50. ¿Su pareja le ha quitado dinero o bienes?
51. ¿Su pareja le ha empujado o le ha jalado el pelo? ¿Le ha golpeado con las manos o con algún objeto? ¿Le ha aventado algún objeto? ¿Le ha pateado?
52. ¿Su pareja le ha exigido tener relaciones sexuales aunque Usted no quiera?
53. ¿Su pareja le ha obligado a hacer actividades sexuales que a Usted no le parecen?
54. ¿Su pareja ha usado su fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales?
55. ¿Tiene algo que quiera agregar?