

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA, CAMPUS MEXICALI**



**RELACIÓN ENTRE EL PERFIL DE RIESGO DEL CUIDADOR DE NIÑOS DE LAS
CASAS HOGAR EN MEXICALI, B.C. Y LA PRESENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN
ELLAS**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

SUSTENTA

LIC. PSIC. KA WA HO

DIRECTORA DE TESIS

M.D.A.E. ROSA ICELA ESPARZA BETANCOURT

MEXICALI B.C. FEBRERO 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS PARA SUSTENTAR
EL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a 23 de Enero de 2015

Los abajo firmantes miembros del Comité de Titulación nombrado por el Comité de Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería y en respuesta a su solicitud para revisar la tesis:

**“RELACIÓN ENTRE EL PERFIL DE RIESGO DEL CUIDADOR DE NIÑOS DE LAS
CASAS HOGAR EN MEXICALI, B.C. Y LA PRESENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN
ELLAS”**

Presentado por Ka Wa Ho para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud, le comunicamos que el trabajo cumple con los requisitos de contenido y presentación establecidos por este Comité, por lo tanto el dictamen que emitimos es de:

Aprobado

Por lo que puede proceder a la etapa de presentación y defensa del mismo.

Atentamente

Comité de Titulación

Nombre

M.D.A.E. Rosa Icela Esparza Bentacourt

Director de Tesis

Nombre

Nombre

M.C. Gisela Ponce y Ponce de León

Sinodal

M.C.E. María Betzabé Arízona Amador

Sinodal

Original Coordinador del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud.
ccp. Comité de Tesis de la Facultad de Enfermería.
ccp. Interesa

ÍNDICE

Contraportada.

Carta de dictamen de votos aprobatorios para sustentar el examen de grado.

Agradecimientos	iv
Dedicatorias	v
Abreviaturas.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de anexos.....	ix
Resumen	xi
Introducción	xii

Capítulo I	1
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Planteamiento del problema.	4
1.3. Justificación del estudio.	6
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo general.	8
1.4.2. Objetivos específicos.....	8
1.5. Hipótesis.....	9
1.5.1. Hipótesis de investigación.	9
1.5.2. Hipótesis nula.	9
1.6. Operacionalización de las variables.	10

Capítulo II. Marco Teórico.....	11
2.1. Definición de maltrato infantil.....	12
2.2. Tipos de maltrato infantil.....	12
2.2.1. Maltrato físico.	12
2.2.2. Agresión psicológica.....	15
2.2.3. Abuso sexual infantil.....	16
2.2.4. Negligencia.....	17
2.3. Factores de riesgo en maltrato infantil.....	18

2.4. El castigo como maltrato justificado.....	19
2.5. Registros de casos de maltrato infantil.....	20
2.5.1 La prevalencia de maltrato infantil en México.....	21
2.6. Casa Hogar.	23
2.6.1. Antecedentes históricos.	23
2.6.2. Definición de Casa hogar.	23
2.6.3. Obligaciones en la casa hogar.	24
2.6.3.1. Personal que labora en la casa hogar.	24
2.6.3.2. Descripción del cuidador.	24
2.6.3.3. Sobrecarga de actividades en el cuidador.....	25
2.7. Servicios que proporciona la casa hogar.....	26
2.7.1. Servicios educativos.....	26
2.7.2. Promoción y cuidado de salud.	27
2.7.3. Trabajo social.	27
2.7.4. Apoyo jurídico.....	27
2.8. Características físicas del establecimiento.	27
 Capítulo III. Metodología.....	 28
3.1. Tipo de estudio	29
3.2. Criterios de selección de la población.	29
3.2.1. Criterios de inclusión.	29
3.2.2. Criterios de exclusión.	29
3.2.3. Criterios de eliminación.	29
3.4. Universo de estudio.	29
3.5. Tipo y técnica de muestreo.....	29
3.6. Sistema de captación de datos.....	30
3.7. Instrumentos.....	30
3.7.1. Inventario Potencial de Abuso Infantil (CAP).....	30
3.7.2. Inventario de clasificación de maltrato infantil para Casas hogar.....	32
3.8. Diseño estadístico.	33

Capítulo IV. Resultados	35
4.1. Características del personal cuidador.....	36
4.2. Perfil de riesgo de maltrato infantil en el personal cuidador.	37
4.2.1. Escala de abuso.	37
4.2.2. Escala de malestar psicológico.	37
4.2.3. Escala de rigidez.	38
4.2.4. Escala de infelicidad y problemas familiares.	38
4.2.5. Escala de problemas sociales.	38
4.2.6. Escala de problemas con los niños.	39
4.3. Características de los niños en las casas hogar.....	39
4.4. Prevalencia de maltrato infantil en las casas hogar.....	40
4.4.1. Maltrato físico.	40
4.4.2. Abuso sexual.	40
4.4.3. Maltrato psicológico.....	40
4.4.4. Negligencia.....	41
4.5. Relación entre el perfil de riesgo y el maltrato infantil.....	41
4.5.1. Escala de abuso y maltrato físico.	41
4.5.2. Relación entre escala de abuso y abuso sexual.	42
4.5.3. Escala de abuso y maltrato psicológico.....	42
4.5.4. Escala de abuso y negligencia.	42
Capítulo V. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.....	43
5.1. Discusión.	44
5.2. Conclusiones.	46
5.3. Recomendaciones.....	47
Referencias y Bibliografía.....	48
Anexos.....	52

AGRADECIMIENTOS

En el presente apartado se busca reconocer y agradecer a una serie de personas e instituciones que han hecho posible la planeación, la realización y la publicación de la presente investigación.

Se agradece primeramente al cuerpo académico del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería de la UABC, en especial a la Directora de Tesis M.D.A.E. Rosa Icela Esparza Betancourt por su dedicación y orientación en la realización de la presente investigación; a la M.S.P. Angélica Pon Méndez, por las asesorías en el diseño estadístico de la presente investigación y a la M.C. Gisela Ponce y Ponce de León por asesoría, tanto referente al contenido metodológico de la investigación como en los procedimientos administrativos.

Un agradecimiento a mis compañeros y grandes amigos por hacer que el tiempo de aprendizaje fuera tan ameno.

También se da el agradecimiento a las Casas Hogar que me permitieron realizar la presente investigación dentro de sus instalaciones, a todo el personal cuidador y niños que participaron en la misma.

DEDICATORIAS

A mis padres:

Sr. Ho Wai Yip y Sra. Tse Oi King

Gracias por su apoyo incondicional tanto moral como financiero

A mi pareja:

Aracely del Carmen Barba Rivas

Por tu amor, tu cariño y tu motivación constante para seguir mi sueño

A la familia Pérez Campo de la Garza

Gracias por aceptarme como parte de su gran familia

A mis amigos y compañeros de la Maestría:

Nohemí, Susana, Daniel, Fabiola y Anilú

Gracias por todo el tiempo compartido y apoyo a lo largo de este Programa

Una dedicación especial a todo el personal que busca el bienestar en los niños... juntos erradicaremos el maltrato infantil.

ABREVIATURAS

NOM (Norma Oficial Mexicana)

SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social)

CAP (Child Abuse Potential Inventory), Inventario de Potencial de Abuso Infantil

OMS (Organización Mundial de la Salud)

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

DIF (Desarrollo Integral de la Familia)

SUIVE (Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica)

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía)

SPSS (Statistic Package for Social Sciences)

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Registro de los casos de violencia intrafamiliar, por edad, a nivel nacional, de 2007 a 2010, por el SUIVE.....	22
Tabla 2. Incidencia de violencia Intrafamiliar involucrando a niños de 1 a 14 años, de 2008 a 2011, en Baja California, registrado por el SUIVE.....	22
Tabla 3. Puntuación del Inventario Potencial de Abuso Infantil (CAP).....	34
Tabla 4. Puntuación del Inventario de Maltrato Infantil.....	34
Tabla 5. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala de Abuso en Mexicali B.C. Agosto de 2014.....	37
Tabla 6. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 1: Malestar psicológico. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	37
Tabla 7. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 2: Rigidez. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	38
Tabla 8. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 3: Infelicidad y problemas familiares. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	38
Tabla 9. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 4: Problemas sociales. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	39
Tabla 10. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 5: Problemas con los niños. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	39
Tabla 11. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido violencia física. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	40

Tabla 12. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido abuso sexual. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	40
Tabla 13. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido maltrato psicológico. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	41
Tabla 14. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido Negligencia. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	41
Tabla 15. Correlación entre Escala de abuso y Maltrato físico.....	42
Tabla 16. Correlación entre Escala de abuso y Abuso sexual.....	42
Tabla 17. Correlación entre Escala de abuso y Maltrato psicológico.....	42
Tabla 18. Correlación entre Escala de abuso y Negligencia.....	42

ÍNDICE DE ANEXOS

Formato de Consentimiento Informado para el personal cuidador.....	53
Formato de Consentimiento Informado para entrevista a menores.....	54
Formato de Registro del personal cuidador.....	55
Formato del Inventario Potencial de Abuso Infantil (CAP).....	56
Formato de Inventario de Clasificación de Maltrato Infantil para Casas hogar.....	60
Tablas con datos estadísticos.....	62
Tabla 19.Sexo del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	63
Tabla 20. Edad del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	63
Tabla 21. Escolaridad del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	63
Tabla 22. Estado civil del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	63
Tabla 23. Ingreso mensual del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014...	63
Tabla 24. Número de personas que dependen económicamente del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	64
Tabla 25. Respuesta del personal cuidador encuestado sobre si cuenta con servicio médico. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	64
Tabla 26. Experiencia laboral previa del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	64
Tabla 27. Cantidad de niños bajo la responsabilidad del personal cuidador encuestado. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	64
Tabla 28. Personal cuidador encuestado que reside en la casa hogar donde trabaja. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	65
Tabla 29. Hábito de consumir alcohol por el personal cuidador encuestado. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	65
Tabla 30. Hábito de consumir tabaco por el personal cuidador encuestado. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	65
Tabla 31. Hábito de consumir drogas ilegales por el personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.....	65
Tabla 32. Casa hogar de pertenencia de los niños entrevistados. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	66

Tabla 33. Edad de los niños entrevistados en Casas hogar. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	66
Tabla 34. Sexo de los niños entrevistados en Casas hogar. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	66
Tabla 35. Tiempo que llevan hospedados en la casa hogar, los niños entrevistados. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	66
Tabla 36. Niños entrevistados en casas hogar que conviven con sus padres durante el fin de semana. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	66
Tabla 37. Niños entrevistados en Casas hogar que tienen hermanos. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	67
Tabla 38. Niños entrevistados que viven con sus hermanos en la misma casa hogar. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	67
Tabla 39. Niños entrevistados en Casas hogar que se encuentran en tratamiento psicológico. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	67
Tabla 40. Niños entrevistados en Casas hogar que se encuentran en tratamiento psiquiátrico. Mexicali, B.C. Agosto 2014.....	67

RESUMEN

Debido a las condiciones sociales cada vez se aumenta la demanda en los servicios de las casas hogar, un espacio donde la atención se distribuye entre un gran número de niños y por personal cuidador sin evaluación para corroborar el perfil de su puesto, lo cual expone a los niños bajo el cuidado de una persona que pueda cometer maltrato durante su tarea de cuidado.

La presente investigación tiene como objetivo determinar las características del perfil de cuidador en relación con el maltrato infantil en las casas hogar. Es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y de correlación, seleccionando a dos casas hogar de manera aleatoria, tomando como criterio de inclusión a niños de entre 7 a 12 años y el personal cuidador. Se utilizó el *Inventario de Potencial de Maltrato Infantil (CAP)* y un *Inventario de Maltrato Infantil*. El análisis de datos se realizó en SPSS versión 21.0 para identificar la prevalencia de maltrato infantil y a la vez el tipo de perfil de los cuidadores. Posteriormente, se realizó la prueba de χ^2 de Pearson ($p < 0.05$) con el perfil de riesgos y la prevalencia de maltrato infantil. En los resultados se obtuvo que los cuidadores son 56% hombres y 44% mujeres, entre la edad de 18 a 45 años. Se encontró un 86% con un nivel significativo en escala de potencial de abuso, con datos sobresalientes en las subescalas de rigidez y problemas psicológicos, con 71%. Se entrevistó a 10 niños (80% masculinos y 20% femeninos). Se presentó una alta frecuencia en la aplicación de castigo físico (80%), el sometimiento con fuerza (70%), amenazas de abandono (70%) y el uso de gritos (80%). Tras correlacionar las variables de maltrato infantil y perfil de riesgo no se encontró una correlación estadísticamente significativa.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema de suma importancia en la sociedad actual, considerando como factor de riesgo el desarrollo de conductas en las víctimas o, como consecuencia, la mortalidad infantil. A pesar de la alta prevalencia de dicho fenómeno, se han registrado distintos factores de riesgo que hacen más propenso a un niño a ser expuesto ante eventos de maltrato, tales como los factores socioeconómicos, factores psicológicos del tutor (padres, cuidadores, docente en aula, etc.).

La presente investigación tiene como finalidad analizar la relación entre el perfil de riesgo del personal cuidador de niños en las casas hogar y la detección de los casos de maltrato infantil cometido dentro de dichas instalaciones.

La presente tesis consta de cinco capítulos, distribuidos de la siguiente manera:

El Capítulo I hace mención sobre los antecedentes de las casas hogar en México y sus dificultades, el planteamiento del problema para esta investigación, la justificación de la investigación, la cual resalta la relevancia que tiene este estudio, los objetivos general y específicos, hipótesis y la operacionalización de las variables para la presente investigación.

El Capítulo II consta del marco teórico, en el cual se definen los conceptos, antecedentes e investigaciones efectuadas en relación con maltrato infantil, la detección de dicho fenómeno y la perspectiva teórica sobre el uso de castigo. En la segunda parte de éste, se describe el papel del personal cuidador y los factores de riesgo por el desempeño prolongado.

En el Capítulo III se presenta a detalle el procedimiento metodológico que se llevó a cabo en la investigación, el cual contiene lo siguiente: tipo de estudio, selección de universo de estudio y muestra, diseño del instrumento y el diseño estadístico utilizado para la interpretación de los datos presentados.

En el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos del presente estudio, en el orden en cómo se establecieron los objetivos específicos y se concluye con el objetivo general.

Se concluye la tesis con el Capítulo V, con la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

Posteriormente, se presenta la bibliografía utilizada en la elaboración del marco teórico y los anexos, tanto de tablas, el formato de consentimiento informado y los formatos de los instrumentos utilizados para la presente investigación.

CAPÍTULO I

1.1. Antecedentes.

La participación en ayudar a los más necesitados es una cultura que se ha presentado en México desde la época colonial, donde la iglesia juega un papel importante en beneficiar a los huérfanos, enfermos mentales, ancianos y viudas ¹. En la actualidad, ante las circunstancias de marginación del sistema económico y social, la desigualdad y el recorte de gasto público en la asistencia social, como un modelo de gobierno neoliberal ante una crisis económica, hace que se presente en la sociedad la participación de las asociaciones civiles sin fines de lucro, que cada vez tienen mayor importancia y cobertura, tanto en su servicio como en el aumento de la demanda de sus servicios ¹.

Por tal motivo, se han creado instituciones sociales conocidas como “casas hogar” donde su objetivo es proporcionar un servicio de alojamiento para niños en estado de abandono o con escasos recursos económicos². O, como menciona Anna Freud al definir el objetivo de una “casa hogar” o “internado”, como una fuente que regresa lo que han perdido los niños en desamparos, abandonos y maltratos ^{2,3}.

La importancia de las casas hogar ha evolucionado con el paso de tiempo, desde un simple hogar para niños abandonados hasta en la actualidad que se han convertido en refugios para víctimas de maltratos y de abuso sexual¹, pasando de ser un simple servicio, a la creación de una nueva familia en donde se establece como factor de re educación para los menores.

Como indica la Norma Oficial Mexicana (NOM) 166- 1997 la casa hogar, además de prestar un servicio de cuidado, debe de proporcionar la educación, promoción y cuidado a la salud, asesoría legal y reintegración familiar ³. Por lo cual se presta un servicio íntegro hacia la población infantil, que garantiza el crecimiento sano de los niños que se albergan en dichas instalaciones.

Con base en el Catálogo de las Organizaciones 2014 proporcionado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) se registran alrededor de 20 casas hogar en Mexicali, Baja California ⁴. Cada una de ellas funciona bajo el registro como sociedad civil o asociaciones civiles sin fines de lucro, en donde el

funcionamiento desde la recaudación de recursos financieros, establecimiento de normas y reglas, hasta la selección del personal es totalmente independiente y autónomo del Estado.

Siendo instituciones independientes, el problema de financiamiento ha llevado a una serie de deficiencias en la mayoría de las casas hogar, tales como la falta de personal multidisciplinario y, consecuentemente, la realización de múltiples tareas por el mismo personal cuidador.

1.2. Planteamiento del problema.

La violencia contra los menores no respeta fronteras geográficas, culturales, económicas, ni clases sociales. Sucede en el hogar, en las escuelas, o en cualquier ámbito en donde se encuentra un menor de edad. Es un problema social en donde se presenta desde daño físico hasta psicológico, que se ve reflejado en nuestra comunidad en el aumento de violencia por medio de la repetición de la conducta agresiva, ampliando en frecuencia, intensidad y magnitud el problema.

Las evidencias del impacto de maltrato infantil se han demostrado en distintos estudios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) registra que un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales durante su infancia. Y un 25 a 50% de los niños en ambos sexos han sido maltratados de manera física⁵. En lo referente a mortalidad, se calcula que cada año mueren por homicidio 31,000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes son debidas al maltrato infantil y se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamiento y otras causas⁵.

En México, en los datos proporcionados por el SUIVE (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica) se registra un aumento en las incidencias de violencia intrafamiliar relacionadas de manera activa o pasiva con una persona menor de edad. En el año 2007 se registraron 3,278 casos a nivel nacional, encontrándose un aumento en el año 2012 con 4,930⁶⁻¹⁰.

En la actualidad, la existencia de las casas hogar es para proporcionar un servicio de alojamiento y de cuidado integral a las niñas y niños que sufren de abandono o porque sus padres no cuentan con los recursos adecuados para cuidarlos. Estudios reportan que en estancias infantiles se presentan condiciones que pueden propiciar el maltrato infantil¹¹, por distintos factores humanos y ambientales que se puede presentar.

El cuidador dentro de una casa hogar tiene como finalidad proporcionar un servicio de acompañamiento y vigilancia a los niños encomendados a su tutela y apoyo a las necesidades físicas y emocionales. Por la naturaleza de esa profesión se presentan factores estresantes que exponen al cuidador a ser afectado en su condición física y emocional, en lo que en algunos estudios se le denomina como “síndrome del cuidador” ¹¹. Tales factores, como las largas jornadas laborales que generan desgaste en la persona y la dificultad para enfrentar las distintas situaciones conflictivas con el menor, le hacen ser propenso a tener problemas como ansiedad, depresión, irritabilidad y baja tolerancia a la frustración ^{12, 13}. Todo lo anterior, junto con otros factores, se integran a un perfil en los riesgos en los cuidadores, donde se presentan aspectos tales como un carácter impulsivo, falta de autocontrol, baja autoestima, antecedentes de crianza a base de castigo físico y rigidez, que son las características que, por lo general, se presentan en los agresores infantiles ^{11,14}.

Debido a que no se cuenta con estudios relacionados con el maltrato infantil realizados en el municipio de Mexicali, nace la inquietud de estudiar ¿Cuál es la relación entre el perfil de riesgo del cuidador de niños de las casas hogar en Mexicali B.C. y la presencia de maltrato infantil en ellas, en 2014?

1.3. Justificación del estudio.

En el año 1959 se estableció la Declaración sobre los Derechos del Niño, la cual en su apartado “Interés superior del niño” asegura la búsqueda del beneficio y protección de la niñez y, por medio de varios artículos, se garantiza que cada niño pudiera gozar de sus derechos. Lo cual indica la importancia de salvaguardar las garantías individuales de cada menor como parte de una responsabilidad de los ciudadanos ¹⁶.

Existen artículos que hablan sobre el entorno familiar y otro tipo de tutela, en los cuales se menciona sobre la creación de las instancias para atender a los niños abandonados a las cuales, en el caso de México, se les conocen como Casas hogar¹⁷. Debido al aumento de las demandas de ese servicio se dificulta tener las posibilidades para brindar un cuidado adecuado a cada uno de ellos ^{11, 14}.

Por otra parte, en algunos de los casos, los niños que viven dentro de los hogares tienen un antecedente de abandono por parte de su familia nuclear ¹¹. Como parte de las consecuencias de ello en estos niños se da la impulsividad, falta de autocontrol, dificultad de generar empatía, limitación intelectual, aislamiento y, entre otras características, conducta disfuncional que no es el comportamiento esperado por parte de los adultos ^{11, 17}.

El factor humano, comprendido por las cuidadoras e integrado por mujeres que cumplen con características que propician factores de riesgo para realizar actos de maltrato infantil, entre los que se encuentran la baja escolaridad, dificultad en generar empatía con el menor, baja tolerancia al estrés, rigidez en la disciplina, carácter impulsivo y la falta de experiencia en el cuidado de niños ^{11, 14}.

Aunado a esto, están los factores sociales que ponen en riesgo a las casas hogar como la pobreza, la gran cantidad de niños, la falta de personal, entre otros que hacen que una casa hogar sea un espacio en donde se expone la integridad de las personas que cohabitan dentro de estas instalaciones ²¹.

Esta investigación tiene la finalidad de identificar y, posteriormente, analizar las condiciones dentro de las casas hogar, sobre los factores que propician la presencia de maltrato infantil, tomando en consideración las necesidades reales

que se presentan dentro de dicho establecimiento, lo cual hasta el momento es un área que se desconoce, por lo cual la presente investigación busca obtener un conocimiento que servirá como referencias para la intervención y para generar nuevas investigaciones en relación con el beneficio y mejorar la calidad de vida de los niños en estado vulnerable.

La presente investigación beneficiará principalmente a las instituciones públicas encargadas de supervisar a las casas hogar, en la evaluación de los recursos humanos que interactúan directamente con los niños y generar programas preventivos, basados en las necesidades que se presentan en cada casa hogar.

La realización de este estudio fue viable ya que se contó con el apoyo de las casas hogar, así como por parte de gobierno local, ya que ambas instituciones tienen como misión buscar mejorar la atención que se brinda a los niños vulnerables.

Por otra parte, el presente estudio fue viable debido a que las casas hogar se encuentra a una distancia corta dentro de la ciudad y el investigador conto con los recursos humanos y materiales esenciales para la realización de este estudio.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general.

Determinar las características del perfil de cuidador en relación con el maltrato infantil en las casas hogar en Mexicali B.C.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Identificar el perfil del cuidador que propicia el maltrato infantil en la población estudiada.
- Determinar la prevalencia de maltrato infantil en la población estudiada.
- Establecer la relación entre el perfil de cuidador y el maltrato infantil.

1.5. Hipótesis.

1.5.1. Hipótesis de investigación.

El malestar psicológico, rigidez y percepción de infelicidad y problemas sociales son las principales características del perfil de riesgo del cuidador en relación con el maltrato infantil.

1.5.2. Hipótesis nula.

El malestar psicológico, rigidez y percepción de infelicidad y problemas sociales no son las principales características del perfil de riesgo del cuidador en relación con el maltrato infantil.

1.6. Operacionalización de las variables.

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional		Escala de medición
Dependiente		Dimensiones	Indicadores	
Maltrato infantil	Cualquier acto que causa daño, potencial o amenaza, u omisión de cuidado realizado por los padres u otro cuidador (maestro, cuidadora, etc.) en donde el objeto o víctima es una persona menor de edad.	Violencia física Maltrato psicológico Abuso sexual Negligencia	- Hematoma, quemadura, cortada, fractura, esguince, laceraciones por sujeción, aplicación de castigo físico. - Aislamiento del menor, insultos con o sin palabras altisonantes, amenazas, chantajes, privación de afectos emocionales. - Acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual: coito, tocamiento, exhibir en pornografía, explotación sexual. - Exponer al menor en ambientes hostiles o situaciones inadecuadas, no brindar apoyo en tareas complejas, involucrar al menor en actividad laboral, falta de atención en las distintas áreas del menor (educativa, social, médica),	Cualitativa. Nominal dicotómico.
Independiente				
Perfil de riesgo del personal cuidador	Las características del personal cuidador que propicia el cometer maltrato infantil	Malestar psicológico Rigidez en la educación Problemas sociales Percepción de infelicidad. Falta de empatía con los niños	- Baja tolerancia a la frustración, depresión, ansiedad, preocupación constante y pérdida de autocontrol. - Poca flexibilidad en la educación del menor y en el establecimiento de comportamiento y la apariencia, uso de normas estrictas, valoración negativa al menor, uso de castigo físico. - Ausencia de red de apoyos, dificultad económica, vivienda en condición social hostil, falta de descanso. - Insatisfacción con la condición actual, sensación de monotonía, incertidumbre con respecto a las necesidades básicas, insatisfacción laboral. - Dificultad en convivir con los niños, falta de tolerancia en el cuidado con el menor, falta de habilidades en la enseñanza del menor, ausencia de estrategia para el cuidado.	Cualitativa. Nominal. Dicotómico.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Definición de maltrato infantil.

Se define como maltrato infantil (algunos autores le denominan como “síndrome de maltrato infantil”) a cualquier acto que realiza una persona adulta en el cual se genera o tiene la intención de generar daños, u omisión de cuidado donde la víctima es una persona menor de edad ¹⁹. Dichos daños pueden ser intencional, no intencional o indeterminado, cuando no se identifica la intención del daño generado ²⁰.

Dentro de las definiciones de maltrato infantil se encuentra lo que menciona la Norma Oficial Mexicana (NOM 046-SSA2-2005) que lo señala como un acto de violencia llevado a cabo por una persona de autoridad hacia el menor, donde puede ser llevado como un comportamiento único o repetitivo ²¹. Además de acto de violencia directo, el maltrato infantil también se da cuando se expone al menor a condiciones no apropiadas e incluyen actos por los cuales se ve afectada la condición de salud física, emocional, integridad y el sano desarrollo del menor ³.

2.2. Tipos de maltrato infantil.

El maltrato infantil se clasifica por la intención en aplicar la violencia al menor (intencional o no intencional). A la vez, se presenta una variedad en el desempeño comportamental que genera una variedad en la aplicación de la violencia a un menor ²⁰. La etiología del maltrato infantil se da de la siguiente manera: maltrato físico, agresión psicológica, abuso sexual y negligencia/abandono ⁵.

2.2.1. Maltrato físico.

Se refiere a cualquier tipo de acto de agresión el cual daña directamente al cuerpo por medio de la fuerza, de manera intencional o no intencional ²¹. Puede ser trauma físico, que produce lesiones severas tales como quemaduras, hematomas, fracturas, que se generan por medio de palmadas, sacudidas, golpes

o en la aplicación de algún tipo de castigo físico ²², o envenenamiento por medio de sustancias tóxicas ²². Las lesiones más frecuentes en maltrato físico se dan por golpes directos y quemaduras ⁵.

Se conoce como lesiones o golpes directos, a la aplicación intencional o accidental sobre el cuerpo de un menor de manera contundente ²⁰, causando lesiones de distinto nivel; en las de mayor frecuencia se presentan las fracturas, que igual que las distintas lesiones, contienen sus propias características o etiología^{20,23}. En un menor, principalmente se presentan hematomas o fracturas, o la presencia de ambas por una serie de golpes generados durante el maltrato ²³, o lesiones en el sistema nervioso central a causa de sacudidas, también conocido como el síndrome de niño sacudido ²⁰. Por lo general, las fracturas generadas por golpes físicos se presentan en la diáfisis de los huesos largos. Metafisarias, que son producidas por una fuerza mayor no justificada, fracturas en el cráneo o costillas, generadas por medio de golpe directo o impacto sobre una superficie ²⁰.

Otras de las observaciones para identificar la intencionalidad del golpe físico es la presencia de múltiples lesiones en las distintas partes del cuerpo, lesiones inconsistentes donde muestran una diferencia de edad entre las lesiones presentadas (lesiones nuevas y viejas) lo cual representa abuso físico de manera cronológica; la presencia de configuración geométrica generada por un objeto (por ejemplo, marcas lineales), lesiones oculares observadas tales como hematomas, hemorragias retinianas, desprendimiento de retina y cataratas traumáticas ²³.

Se le conoce como quemaduras a las lesiones generadas sobre la piel por medio de aplicación calórica, que podría ser líquido o sustancias químicas, superficies con temperatura elevada, fuego o electricidad directa ²⁰. El grado de la quemadura se mide tanto por la profundidad como por la extensión que recorre en la piel humana que está compuesta por tres capas: epidermis, dermis y tejido celular ²⁰. La quemadura superficial o de primer grado solamente genera áreas rojas dolorosas, sin la presencia de ampollas; cuando la quemadura se extiende a través de la dermis (quemadura de segundo grado) se presentan áreas engrosadas y dolorosas con ampollas y, cuando la quemadura es profunda (quemadura de tercer grado), la alta temperatura traspasa las tres capas de la piel

humana y tiene como consecuencia la destrucción de la piel, los vasos sanguíneos y los nervios asociados, dejando una alta probabilidad de cicatrización y deformación al momento de la sanación ²⁰.

Cabe mencionar que la mayoría de las lesiones en quemaduras se presenta en niños y se relaciona con accidentes en la cocina por medio de líquido caliente ²⁴. En Estados Unidos, tiene una prevalencia de mortalidad anual de 6000 casos en niños a causa de quemaduras y 250,000 casos de hospitalización a causa de quemaduras generadas por accidente ²⁴.

A pesar de que la causa principal de las quemaduras se atribuye a los accidentes caseros, hay que recordar en el aspecto del maltrato físico, que también puede ser generado por algún tipo de material caliente.

Dentro de algunos comportamientos observables que se dan durante la atención médica, por los cuales aumenta la sospecha de maltrato se encuentra, primeramente, la falta de justificación o la dificultad en explicar el origen de las lesiones del menor; inconsistencia o incoherencia en el desarrollo de la historia de la lesión ²⁰, o actitudes por parte del padre tales como un trato hostil al menor, distanciamiento, nerviosismo al momento de la entrevista médica.

En el caso de la quemadura generada de manera intencional se pueden localizar las heridas en múltiples regiones: intraoral, espalda, periné, genital, glúteos, manos, pies y piernas ²³. La apariencia de la quemadura de manera simétrica, dando una forma similar a un calcetín o guante producida por la inmersión en agua caliente, o bordes nítidos que se producen por medio de objetos calientes ²³ tales como plancha eléctrica, parrilla, sartén, cuerdas, cigarrillos, etc.

2.2.2. Agresión psicológica.

Se refiere a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones mentales o emocionales ²¹. Es una manera de generar daño por medio de la exposición en contra de las actitudes y habilidades de un niño, afectando directamente su autoestima, su capacidad de relacionarse y de expresión de sus sentimientos y el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades ²⁵. Se presentan distintas maneras en la manifestación de dicho comportamiento para este tipo de maltrato:

- a. Ignorar al niño o privarlo de cualquier demostración de afecto positivo.
- b. Rechazo de apoyo del adulto cuando lo solicita el menor en el desarrollo de tareas complejas.
- c. Aislamiento de la interacción social, negando al menor tener contactos con su misma familia, comunidad, como descalificando sus necesidades de contacto humano.
- d. Uso de amenazas verbales, generando ansiedad y miedo en el menor, tales como amenazas de lesionar físicamente al menor o a una persona cercana del mismo, amenazas de muerte o de abandono por parte del tutor ^{25,26}.
- e. Exponer al menor a ambientes hostiles o situaciones que transmiten y refuerzan las conductas destructivas y antisociales ²⁵, como involucrar al menor en un ambiente laboral no adecuado para su edad, asignarle tareas domésticas o laborales que no corresponden a la edad cronológica del menor, utilizar o exponer al menor a comportamiento delictivo (venta de drogas, participación en pornografía infantil ²⁶, en algunas situaciones de explotación infantil y en la utilización del mismo menor para realizar actos que afectan su integridad ²⁰).
- f. La agresión verbal, el uso de lenguaje altisonante y sarcasmo, humillar al menor en público ²¹.

2.2.3. Abuso sexual infantil.

Basado en la definición que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no es capaz de dar un consentimiento ⁵; la exposición de un niño en actos sexuales como estímulo por medio de un adulto, para la obtención de una gratificación sexual ²⁰. Uno de los malentendidos sobre el abuso sexual infantil es la presencia del coito, pero se presenta una serie de conductas donde el adulto expone al menor a actos sexuales tales como el tocamiento en los genitales del menor, exhibir al menor de manera desnuda, o la utilización del menor en actos lucrativos tales como la pornografía infantil, prostitución y otros tipos de explotación sexual ^{25,26}.

Aunque el abuso sexual no respeta género ni edad de los niños, varios estudios indican ciertas características que aumentan la probabilidad de que un niño sea víctima. En la mayoría de las ocasiones las víctimas son niñas de 8 a los 12 años de edad, pertenecientes a una familia de nivel socioeconómico bajo, con un problema en la esfera socioemocional y falta de una educación sexual ²⁷. Por lo general, la agresión sexual es llevada a cabo en el domicilio donde reside el menor y es causada por una persona de autoridad, la cual podría ser el padre o el tutor ²⁷.

Las evidencias para la identificación de una sospecha de abuso sexual infantil van encaminadas, primeramente, a la evidencia física; posteriormente, a las características comportamentales del menor ²⁰ aunque, en su mayoría, el abuso sexual es llevado por medio de tocamiento de los genitales ²⁸.

Dentro de las evidencias del daño físico después del abuso sexual se encuentran las lesiones físicas, tales como el sangrado en el área genital y anal, sin posible explicación de un accidente; lesiones en pubis, cara interna de los muslos y de la rodilla, hematomas por succión en cuello o mamas, síntomas de sofocación o marcas de ahorcamiento en el cuello, vulvitis o vulvovaginitis, localización de cuerpos extraños en los genitales, lo cual en ocasiones se asocia con enfermedades de transmisión sexual y, en ocasiones, se presentan síntomas

de embarazo no deseado durante la adolescencia, donde la adolescente niega exponer a la persona con quien tuvo contacto sexual ²².

Las manifestaciones comportamentales de un niño víctima de abuso sexual varían en su sintomatología, dependiendo de la frecuencia, intensidad y la magnitud del abuso ²⁹. En la etapa inicial, después de la agresión se presentan características de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático, que se relacionan con el miedo que el niño presenta por el lugar donde fue llevado a cabo el acto de agresión; por lo general, el niño se presenta en un estado de alerta y miedo cuando se presenta una persona de sexo opuesto o de su mismo sexo, cuando fue una agresión homosexual ^{23,27}. Otras de las características principales de una víctima de abuso sexual infantil son cambios drásticos en su vida diaria, tales como abandono escolar, problemas de sueño (insomnio, terror nocturno), problemas de alimentación (anorexia o bulimia), problemas académicos como la falta de concentración y comportamientos agresivos o repetición de acto sexual con otros niños ²⁷.

2.2.4. Negligencia.

Se conoce como negligencia a la falta de satisfacer las necesidades básicas de un menor o exponer al menor a un ambiente de amenazas, tales como: física, médicas, educacionales, seguridad, supervisión, emocionales y abandono ²⁶.

La negligencia física se basa principalmente en la ausencia de satisfacer al menor sus necesidades básicas tales como la alimentación, vestimenta adecuada, supervisión y amparo ²⁰.

La negligencia médica se da como un resultado del error del padre o tutor en proporcionar un servicio médico adecuado, así como seguimiento en las consultas médicas e indicaciones clínicas ^{20,23}.

La negligencia emocional consta de la falta de atención; incluye fallo en asegurar la asistencia del niño a la escuela, de prevenir el ausentismo crónico y las llegadas tarde; en fin, en no asegurarle al niño que cumpla con los requerimientos educacionales establecidos ^{20,23}.

2.3. Factores de riesgos en maltrato infantil.

A pesar de que el menor no tiene la culpa de ser maltratado, hay una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de ser víctima ²⁰. Como los factores socioeconómicos en los cuales se encuentra el menor, como el consumo de drogas por parte de los padres o antecedentes de adicciones, la presencia de padres jóvenes o la falta de madurez, aislamiento social y la pobreza ²⁰. Se toma en consideración a los factores sociales que, de manera directa o indirecta, afectan a la estabilidad de la familia, como la pobreza, crisis económica, insatisfacción laboral, desempleo, la localización de la vivienda en una zona conflictiva y la dificultad en el acceso con grupos de ayuda o de salud^{29, 30}.

Un estudio realizado en Colombia demuestra que tres de cada cuatro cuidadores presentan indicadores de alto riesgo para el maltrato infantil y una correlación significativa con la pobreza ²⁷.

Otros factores se basan en la percepción de los padres en relación con la satisfacción de las expectativas de su hijo ²⁰ como la presencia de enfermedades crónicas en el niño con la necesidad del cuidado constante, malformaciones congénitas, problemas de conducta en los cuales se requiere de corrección por castigo físico y rasgos físicos anormales o desagradables, en la percepción de los padres ⁵.

Dentro de los factores de riesgo de maltrato infantil es importante reconocer las características ambientales y psicológicas que rodean al posible agresor, que lo hacen propenso a realizar dichos actos ^{29,30} como el historial de crianza y la presencia de la condición mental del cuidador.

Se considera que el historial del progenitor tiene como características un modelo de paternidad aprendido y a su vez la revictimización se da por medio del modelo de aprendizaje por imitación ²⁹. Se debe de considerar al agresor como una persona que ha sido víctima de violencia intrafamiliar de manera directa o indirecta (presenciar el acto de agresión a los otros miembros de la familia).

En ocasiones la misma violencia intrafamiliar se da por medio de la justificación de un modelo de paternidad punitivo o una exigencia irracional de los

padres que no va de acuerdo a las etapas de desarrollo del menor ⁴ o por la carencia de afecto o negación de cualquier tipo de conducta emocional positiva ²⁴. Otro factor común es la ruptura o algún tipo de separación que ha causado un grado de violencia de manera significativa ^{29,30}.

La enfermedad mental es otra de las variables que se correlaciona con mayor frecuencia en los estudios; en un estudio realizado con madres jóvenes con trastorno de ansiedad y depresión, se presentó un resultado significativo ($p=0.001$) entre el trastorno y el nivel de cometer maltrato ³¹. En ambos trastornos se encuentran características de rigidez en la solución de los problemas cotidianos, con el menor de los cuales genera una frustración por no solucionar un conflicto ³². Al mismo tiempo, se presenta una serie de cualidades que propician el cometer un acto de maltrato, como el aislamiento, impulsividad, falta de autocontrol, baja tolerancia al estrés, escasa capacidad empática, baja autoestima, limitación intelectual, rigidez en la creencia ^{24,29}.

2.4. El castigo como maltrato justificado.

La definición del castigo, visto desde la perspectiva de conductismo o psicología conductista, se le conoce como una medida que se realiza para decrementar o eliminar una conducta operante ³³. En ocasiones se puede definir el castigo como la ausencia de reforzador positivo, haciendo que el sujeto trate de buscar un escape hacia la presencia del castigo ³², viéndolo como un fenómeno desagradable. Desde una perspectiva cultural, el empleo de un castigo a los hijos se lleva como una medida para controlar su comportamiento. El castigo parental se define como un factor que media la interacción entre padre e hijo en situaciones de conflictos ³³. Consiste en buscar el formar al menor en valores sociales mediante comportamiento, restricciones y sanciones ³², así como en formar con base en los valores, creencias y comportamientos esperados, en particular la obediencia, el respeto y el comportamiento adecuado ³⁴.

El castigo entra como un mecanismo regulador de las emociones morales y comportamiento, que se presenta cuando existe una diferencia entre la valoración

adulta y la infantil, donde el comportamiento del niño no se encuentra bajo una perspectiva adecuada por parte de los padres; por lo tanto, debe de ser corregido por ellos ³⁴.

El objetivo del castigo, ya sea por medio de restricción o sanción, es permitir al menor retroalimentar su acto y generar empatía entendiendo el motivo por el que fue necesario el castigo ^{32, 34}. Pero la aplicación del castigo como una respuesta a un impulso emocional genera consecuencias emocionales negativas, que no propician la reflexión y el aprendizaje de lo sucedido ⁵, lo cual lleva al maltrato infantil como un acto justificado con una connotación de “buena intención” que se da hacia la conducta no deseada del menor ^{20, 23}. La descarga de la tensión emocional hacia el exterior, que dificulta la comprensión y la elaboración mental de cada situación conflictiva que se presenta, hace que actos cotidianos del niño puedan ser interpretados por las figuras parentales como una potencial o real agresión, por lo que su tolerancia hacia esos actos disminuye y son connotados como amenazas ²⁶.

2.5. Registros de casos de maltrato infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la Violencia y la Salud, refiere que en el año 2000 hubo alrededor de 57,000 muertes a causa de homicidio en menores de 15 años de edad. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamiento y otras causas ⁵.

La tasa de homicidio a menores varía de acuerdo a los ingresos del país y la región del mundo, como en los países de ingreso alto que tienen un tasa de homicidios de 2.2 por 100,000 habitantes, mientras en la Región de África es de 17.9 por 100,000, en donde el factor económico tiene una relación con la intensidad del maltrato ⁵.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en América Latina y el Caribe, en 1999 registró aproximadamente 6 millones de niños y adolescentes

que fueron objeto de agresión severa; se estima que 80 mil menores mueren cada año por la violencia intrafamiliar, y 185 mil menores están expuestos a distintas formas de violencia como el comercio sexual, el tráfico de estupefacientes, trata de blancas, vandalismo, impacto de las guerras, conflictos armados y abuso sexual ³⁵.

2.5.1 La prevalencia de maltrato infantil en México.

En México no se conoce la prevalencia de maltrato infantil, ya que los estudios actuales solamente muestran una visión global del problema por medio de las instancias del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y centros hospitalarios en donde los niños son llevados para recibir atención médica.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) registró, de 1995 al 2000, un promedio de 25,000 casos de maltrato a menores cada año. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con base en datos de la Dirección de Asistencia Jurídica del DIF muestra algunos de los indicadores sobre el maltrato infantil ³⁶, como la disminución de los casos entre 1995 y 2004 manteniendo el 58 y 63%, en el que se comprueba en seis de cada diez casos y, en numerosas situaciones, no se prueba el maltrato por falta de evidencia física, omitiéndose que la agresión emocional, verbal, la negligencia y el abandono son formas de maltrato ³⁶.

En Baja California, durante el año 2004, el número de denuncias recibidas por maltrato infantil fue de 2,000 (29.5% más que en 2002); de ellas, 797 fueron denuncias en las que se comprobó el maltrato, esto representa 39.9% del total de recibidas. En la entidad, para 2004 el tipo de maltrato que se presentó con más frecuencia en los menores de edad fue la omisión de cuidados, presente en 56.3% de los niños atendidos por maltrato infantil; comparado con 2002 este porcentaje se ha incrementado, pues en ese año representaba 46.4%. En Baja California Sur por su parte, el número de denuncias recibidas por maltrato infantil muestran una tendencia ascendente entre 2005 y 2007; de igual forma, los casos en que se comprueba este maltrato ³⁷.

Basado en los datos que proporciona el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) se observa un aumento de los casos de violencia intrafamiliar de 2007 a 2010, en donde hay una mayor frecuencia en el rango de edad de 10-14 años, posteriormente está el grupo de 5-9 años y 1-4 años de edad. El grupo en edad maternal se presenta con menor frecuencia en los casos de violencia intrafamiliar ⁷. (Tabla 1)

Tabla 1. Registro de los casos de violencia intrafamiliar por edad a nivel nacional, de 2007 a 2010 por el SUIVE.

Año	Edad				
	-1	1-4	5-9	10-14	Total
2010	121	756	1703	2350	4930
2009	113	606	1507	1973	4199
2008	131	547	1227	1431	3336
2007	134	612	1072	1460	3278

Fuente: SUIVE

Los datos proporcionados por el Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) indican un aumento de los casos de violencia intrafamiliar de 2008 a 2011 en los 5 municipios de Baja California. En donde hay una mayor incidencia es en el municipio de Mexicali, con un total de 660 casos de violencia intrafamiliar en donde involucra al menor de edad ⁸. (Tabla 2)

Tabla 2. Incidencia de violencia intrafamiliar involucrando a niños de 1 a 14 años, de 2008 a 2011, en Baja California, registrado por el SUIVE.

Año	Municipios					Total
	Mexicali	Tecate	Tijuana	Rosarito	Ensenada	
2008	16	2	167	5	140	330
2009	136	5	71	0	123	335
2010	290	1	72	4	201	568
2011	218	1	62	1	170	452
TOTAL	660	9	372	10	634	1,685

Fuente: SUIVE

2.6. Casa Hogar.

2.6.1. Antecedentes históricos.

La asistencia social a menores se encuentra a partir de la época de la Conquista, en donde los niños, enfermos y ancianos pasaron a ser responsabilidad de la iglesia, no como un compromiso de la comunidad en general.

Las personas que realizaban la labor de cuidado eran ciudadanos que recibían una educación básica, con una vocación religiosa que en esa época se consideraba como una labor con un estatus social alto.

En la época de la Revolución Industrial el acto de la beneficencia en general se consideraba como un estorbo para el orden social ya que se obtenían los recursos de las empresas y, a la vez, aparecían discursos que criticaban a la beneficencia como un acto de mercantilismo, haciendo que disminuyera la actividad de caridad durante el siglo XVIII ¹.

No obstante, a final del mismo siglo se comienza a ver de nuevo a la beneficencia no como un estorbo sino como una “concordancia con el propósito del proceso de acumulación de capital” ¹ y obtuvo el apoyo principalmente de los obreros y de algunos burgueses, perdiendo la iglesia la exclusividad en la práctica de la beneficencia social y, de esta manera, se da inicio al establecimiento de instancias para las distintas necesidades de las personas, como en el caso de los menores de edad, estableciéndose el “Internado” o conocido en México como “Casa Hogar”.

2.6.2. Definición de Casa hogar.

La Norma Oficial Mexicana 167-1997, en el apartado de la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, define la Casa hogar como un establecimiento que proporciona un servicio de estancia a menores de edad de entre 6 a 18 años de edad que se encuentran en un

ambiente en donde se presenta maltrato físico, mental o sexual o en un ambiente familiar que impide su desarrollo integral, pobreza extrema o en la presencia de padres con enfermedades graves en el aspecto físico o mental que les incapacita en la tarea del cuidado del menor, o en estado de abandono por parte de los padres³⁷.

2.6.3. Obligaciones en la casa hogar.

La casa hogar tiene como obligación establecer un ambiente en donde además de prestar un cuidado adecuado, debe de proporcionar un ambiente en donde se involucran actividades para la atención integral de los niños, desarrollando una personalidad que le permita convivir con respeto y dignidad dentro de su entorno social, cumpliendo con los siguientes puntos que indica la NOM 167-1997:

- Realizar actividades educativas y recreativas dirigidas a desarrollar todas sus facultades como ser humano.
- Asegurar el respeto a sus derechos y pertenencias.
- Otorgar vigilancia, protección y seguridad.

2.6.3.1. Personal que labora en la casa hogar.

La NOM 167-1997 indica que se debe de incluir preferentemente un equipo de personal integrado por: médico, psicólogo, enfermera, trabajadora social, intendente y vigilante las 24 horas del día.

2.6.3.2. Descripción del cuidador.

El cuidador conlleva una tarea de acompañamiento y vigilancia en la que brinda atención personal, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. El cuidar también implica dar apoyo emocional y social. Es quien asume su trabajo de manera cotidiana y se le exige una mayor dedicación¹². Por la descripción y la necesidad de este trabajo implica cuidar, no nada más en las necesidades físicas, sino de relación y emocionales³⁸.

El trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla este trabajo afectan a la vida del cuidador principal por diferentes razones ³⁹. Los cuidadores adoptan a menudo múltiples roles en su trabajo de manera simultánea, con una larga duración en la jornada de trabajo junto con la ausencia de apoyo externo para el cumplimiento de la tarea ⁴⁰.

Por lo general, los candidatos para el puesto de cuidador son mujeres con un nivel académico bajo, sin empleo y de nivel socioeconómico bajo. Este hecho agrava la desigualdad de la carga que supone cuidar entre las propias cuidadoras, ya que las que cuentan con un empleo y buenas condiciones laborales, o las que tienen mayores ingresos que les permiten disponer de ayuda contratada, tienen un mejor acceso a los recursos de apoyo para cuidar que las que no están en esta situación ⁴⁰.

2.6.3.3. Sobrecarga de actividades en el cuidador.

El término de “sobrecarga” se refiere a un conjunto de estresores que resultan de cuidar a alguien o como el grado en que el cuidador percibe que su salud, su vida social y personal cambia por el hecho de cuidar a alguien ⁴⁰. Dicha definición se considera la más acercada a la realidad del cuidador de niños en estado vulnerable, ya que además de horas extensas de trabajo, el desgaste físico y emocional son factores generadores de estrés en el cuidador, que surge cuando una persona, en la interacción con su entorno, percibe una discrepancia, real o no, entre las demandas de una situación y los recursos que ésta posee para hacer frente a ellas ⁴⁰.

Algunas de las variables que explican la sobrecarga del cuidador están en la dependencia física y emocional por parte del beneficiario, que requiere de disponibilidad permanente para cuidarlo. Otras de las variables es el enfrentarse con situaciones conflictivas que causan una dificultad en el manejo ⁴¹ y, en el cuidado del menor, se enfrentan constantemente con el aspecto de problemas de comportamiento.

El impacto en la salud del cuidador ha sido abordado por distintos estudios, incluso ha llegado el término de “síndrome del cuidador” que es un conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas que enfrentan el cuidador, que afectan en la vida individual y social de la misma ⁴¹. En estudio realizado sobre las cuidadoras de Andalucía, además de mencionar consecuencias negativas en la salud física, también menciona problemas concretos, como depresión o ansiedad (22%) y decían sentirse irritables y nerviosas (23%), tristes y agotadas (32%) y algunas de ellas vivían con un cambio permanente de personalidad y estado de ánimo, con sentimientos de insatisfacción y pérdida de ilusión por la vida ⁴¹. En otro estudio realizado a 215 cuidadoras de 55 años de edad, detectaron síntomas de ansiedad (32%) y depresión (22%), con un mayor riesgo de dependencia física y deterioro mental del beneficiario al que cuidaban, entre mayor era el tiempo que llevaban cuidando y menor el apoyo social que percibían ⁴². Las cuidadoras de edad avanzada (entre 50 a 64 años) presentan mayor prevalencia de problemas emocionales, más de la mitad de las cuidadoras se siente poco o nada satisfecha con su vida, mientras que las cuidadoras jóvenes se mencionan poco o nada satisfechas con su aspecto laboral y su situación económica ⁴².

2.7. Servicios que proporciona la casa hogar.

2.7.1 Servicios educativos.

Se debe basar en la Ley Federal de Educación, en la orientación a la lucha contra la ignorancia, fomentando la salud física y mental, así como el desarrollo armónico de la personalidad, además de la incorporación de la educación formal básica (pre-escolar, primaria, secundaria).

Dentro de la casa hogar se debe de inculcar, de acuerdo a la edad de los menores, la formación para la responsabilidad, libertad, socialización, creatividad y valores morales, por medio de las actividades de tipo: recreativas, lúdicas, de esparcimiento, deportivas, expresión y cultural.

2.7.2. Promoción y cuidado de salud.

A los menores a quienes no sea posible otorgarles servicio médico, odontológico o psicológico deberán referirse a los servicios médicos de las instituciones de salud. Se deberá otorgar orientación para prevenir riesgos de salud sexual de acuerdo a la edad del menor.

2.7.3. Trabajo social.

El área de trabajo social de la casa hogar debe proporcionar un estudio del ambiente psicosocial y económico de ingreso del menor y mantener el expediente actualizado. Dar seguimiento de caso, en relación con el núcleo familiar con la finalidad de buscar la integración familiar con el menor y brindar un apoyo tanto administrativo como en las actividades educativas y recreativas.

2.7.4. Apoyo jurídico.

Tiene como responsabilidad asegurar que el menor tenga sus documentos oficiales y representar al menor en sus situaciones jurídicas.

2.8. Características físicas del establecimiento.

Se debe de cumplir con las siguientes características:

- Acceso principal por medio de una explanada para dar seguridad y protección al público y al usuario.
- El piso debe de tener un acabado liso, con materiales resistentes naturales o artificiales, de preferencia con materiales existentes en la región.
- En pisos interiores, en áreas de alto flujo como vestíbulos y salas de espera, deben emplearse materiales resistentes, antiderrapantes y de fácil limpieza.
- El área física debe de tener dimensión suficiente, iluminada y ventilada: baños y vestidores separados por sexo; número de muebles de acuerdo al tamaño y reglamento de construcción vigente en la entidad, estantes para ropa; área de descanso, bodega general y área para artículos de aseo y depósitos de basura.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue realizada por diseño cuantitativo, descriptivo, transversal y de correlación, en la cual se analizó la presencia y el tipo de maltrato infantil y su relación con el perfil del cuidador en las casas hogar y albergues temporales en Mexicali, Baja California, en el año 2014.

3.2. Criterios de selección de la población.

3.2.1. Criterios de inclusión.

Casas hogar bajo el registro de asociaciones civiles sin fines de lucro, ubicadas en el municipio de Mexicali, Baja California, personal cuidador de sexo y edad indistinta, niños de sexo indistinto entre la edad de 7 a 12 años que viven en las instalaciones de las casas hogar.

3.2.2. Criterios de exclusión.

A niños y cuidadores de casas hogar pertenecientes a empresas particulares o a instituciones gubernamentales.

3.2.3. Criterios de eliminación.

Se eliminó como parte de este estudio al personal cuidador y a los niños que se ausentaron cuando se realizó la aplicación de los instrumentos o que hubo interrupción durante la aplicación, y a los niños y personal cuidador que se negaron a participar en el estudio.

3.4. Universo de estudio.

Integrantes de personal cuidador y niños entre la edad de 7 a 12 años, pertenecientes a 3 casas hogar para menores en Mexicali B.C.

3.5. Tipo y técnica de muestreo.

La presente investigación se realizó bajo un muestreo no probabilístico, con una selección de 3 casas hogar, de manera aleatoria. Teniendo en su totalidad a 13 integrantes del personal cuidador y 22 niños con la edad entre 7 y 12 años.

3.6. Sistema de captación de datos.

La información fue recabada a través de dos instrumentos: *Inventario Potencial de Abuso Infantil (CAP)* el cual fue aplicado al personal cuidador, e Inventario de Maltrato Infantil en casas hogar, para los niños de la casa hogar.

Se realizó de la siguiente manera:

1. Se validó la Escala Inventario de Maltrato Infantil en casas hogar por tres expertos en el tema y para validar la consistencia interna del instrumento se realizó una prueba piloto, aplicando Alfa de Cronbach con una puntuación alfa de 0.82.
2. Se estableció la lista de registro de personal cuidador y de los menores de cada casa hogar.
3. Se determinó el número de participantes: cuidadores y niños a los cuales se les aplicaron los instrumentos.
4. Se explicó a cada cuidador y a los tutores de los menores sobre el propósito de la investigación, con la finalidad de obtener el consentimiento informado.
5. Se aplicó el Inventario CAP de manera auto administrada a cada cuidador de las casas hogar.
6. Se aplicó el Inventario de Maltrato Infantil en casas hogar a cada menor a manera de entrevista.
7. Se capturaron los datos recabados en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para llevar a cabo el análisis de datos estadísticos.

3.7. Instrumentos.

3.7.1. Inventario Potencial de Abuso Infantil (CAP).

Para esta investigación se aplicó primeramente el Inventario de Potencial de Abuso Infantil (conocido por sus siglas en ingles CAP) a las cuidadoras y a personal con interacción directa con los menores de las Casas hogar.

El CAP es un instrumento creado por J.S. Milner para ser utilizado por los profesionales de los servicios de protección infantil en la investigación de las

notificaciones de sospechas de maltrato físico infantil y en la detección de padres/madres (o adultos que cumplan las responsabilidades parentales como, por ejemplo, tutores, padres adoptivos) que se encuentran en situaciones de riesgo para cometer ese tipo de actos. La versión original del instrumento, desarrollado inicialmente en 1979 y 1980, ha sido objeto de numerosos estudios de validación que avalan sus propiedades psicométricas.

Dicho instrumento consta de 160 ítems, en el que la puntuación media de la población general en los Estados Unidos oscila en 215 puntos, de tal manera que si la puntuación obtenida es de 215 puntos o mayor se consideran como personas propensas a cometer un maltrato infantil. El instrumento consta de 5 subescalas que son: malestar psicológico, rigidez, infelicidad y problemas de relación social, problemas familiares y problemas con el propio hijo, o niño bajo su tutela.

El instrumento tiene 3 escalas de validez, que invalidan el protocolo de aplicación por la baja validez en la misma: Mentira (puntuación entre 10-18), inconsistencia (0-20 puntos) y respuestas al azar (0-20 puntos). En las que la primera indica una aceptabilidad social positiva lo cual significa que la persona da una respuesta intentando demostrar un comportamiento socialmente aceptable. La segunda presenta una aceptabilidad social negativa en la que la persona encuestada trata de demostrar lo “peor” de lo que es y, la última, demuestra que la respuesta fue seleccionada de manera aleatoria.

Se han realizado distintas versiones de traducción del instrumento, como la aplicación del formato en español para las personas de habla hispana. Y han sido adaptados en distintos países de habla hispana como España, Argentina y Chile.

En Chile se realizó una adaptación del instrumento agregando primeramente a 33 artículos y se eliminaron algunos de los elementos que no son aplicables en el país. Se realizó una aplicación piloto en dos grupos, el primer grupo se aplicó a 24 personas de nivel socioeconómico bajo y el segundo grupo fue de 32 alumnos de la carrera de psicología de la Pontificia Universidad Católica⁴³. En la aplicación del instrumento se agregaron las siguientes variables de correlación con el maltrato infantil como la infelicidad, autoestima, ansiedad, estrés, expectativas no realistas respecto al niño, dificultad en la interacción

familiar y la calidad en la relación de pareja. Se obtuvo un resultado significativo en el grupo de los individuos con un nivel socioeconómico bajo en que los resultados oscilan entre 89-437, que es un dato muy cercano en la aplicación original en la comunidad de habla hispana en los Estados Unidos ⁴³.

Validación similar se llevó a cabo en Monterrey, Nuevo León, realizado por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Esta fue aplicada en dos muestras, una muestra de control de 189 sujetos y otra de 26, con maltratadores que acudían para evaluación a centros de atención de violencia familiar. Se empleó la prueba de Chi² de Pearson y la corrección de Yates para la tabla de 2x2, con un nivel de confiabilidad de igual o mayor a 0.05, y la consistencia interna por la prueba Alfa de Cronbach con una puntuación alfa de 0.86 ⁴⁴.

Se obtuvo un resultado en el cual se detectó un 80% de los casos de maltrato, dando un 20% de falsos positivos y un 20% de falsos negativos, presentando una capacidad de sensibilidad y de especificidad en ambas, equivalente a 80%, que se considera un nivel aceptable ⁴⁴.

3.7.2. Inventario de clasificación de maltrato infantil para Casas hogar.

El presente instrumento es creado con la finalidad de contar con un instrumento para identificar el tiempo, espacio y persona de suceso de maltrato y la medición de su intensidad. El presente inventario está integrado por preguntas que indagan sobre las conductas agresivas que pasan dentro de las instalaciones de la casa hogar.

El inventario cuenta con cuatro escalas: 1) violencia física 2) abuso sexual 3) maltrato psicológico y 4) negligencia, así como un apartado de observación sobre las características físicas, de vestimenta y estado anímico en que el menor se presenta para la aplicación de la encuesta. El método de aplicación fue de manera individual, por medio de una entrevista a profundidad, dirigiendo a los puntos que se presentan en el Inventario.

Se realizó una aplicación piloto del inventario en una casa hogar ajena a la muestra seleccionada para la presente investigación, para posteriormente ser

evaluado por la prueba alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de la escala de medición, en la cual se obtuvo una puntuación alfa de 0.82.

3.8. Diseño estadístico.

Se realizó la captura de manera manual de los CAP, obteniendo la puntuación en la escala de abuso y sus subescalas que son: malestar psicológico, rigidez, infelicidad y problemas de relación social, problemas familiares y problemas con los niños.

Para el análisis de la información se utilizó el programa *SPSS* y se realizó lo siguiente:

1. Se crearon nuevas variables sustituyendo la puntuación numérica del CAP a variables cualitativas de tipo dicotómica (significativa y no significativa), con base en la siguiente tabla.

Tabla 3. Puntuación del inventario Potencial de Abuso Infantil (CAP).

Escala	Puntuación máxima	Puntuación mínima significativa
Escala de abuso	73	>32
Escala de malestar psicológico	27	>20
Escala de rigidez	15	>10
Escala de infelicidad y problemas de relación social	14	>9
Escala de problemas familiares	9	>4
Escala de problema con el propio hijo o niño.	8	>2

2. Se cuantificó el número de conductas de maltrato infantil registrado en la casa hogar y se establecieron los rangos moderado y elevado en las distintas categorías de maltrato.

Tabla 4. Puntuación del Inventario de Maltrato Infantil.

Escala	No	Si
Maltrato físico	>10	<11
Maltrato psicológico	>8	<9
Abuso sexual	>10	<11
Negligencia	>8	<9

3. Se identificó la frecuencia y proporción (medida de tendencia central) en:

- El perfil de riesgo predominante para cometer el maltrato infantil en los cuidadores en la muestra seleccionada.
- La prevalencia de casos y tipos de casos específicos de maltrato infantil en la muestra seleccionada.

4. Se realizó la prueba de χ^2 de Pearson ($p < 0.05$) para analizar relaciones entre el perfil de riesgo de los cuidadores con la presencia de maltrato infantil.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos en la investigación realizada en las tres casas hogar, donde se presentó una totalidad de 13 cuidadores y 22 niños. Primeramente, en los resultados se presentan las características socioeconómicas del personal cuidador y, posteriormente, la información general de los niños observados; los resultados son presentados en el orden como se establecieron los objetivos, siendo los siguientes: el perfil del cuidador que propicia el maltrato infantil, la prevalencia de maltrato infantil y la relación entre perfil de cuidador y el maltrato infantil en las casas hogar.

4.1. Características del personal cuidador.

En relación con el personal cuidador, predomina el sexo femenino (8 de 13), la mayoría de ellos está en la edad de 31 a 50 años. La mayoría del personal cuenta con un nivel educativo básico (primaria, secundaria y técnica) equivalente a un 92%; el 46% de ellos es soltero, otro 46% casado y el 8% viudos.

Referente a la condición socioeconómica del personal, el 76.9% no percibe un sueldo por su servicio prestado como cuidador en la casa hogar; el 40% de ellos tiene dependientes económicos. El 53.8% cuenta con acceso a servicio médico público. El 92.3% tiene el hábito de consumo de alcohol y tabaco.

El 69.2% del personal cuidador encuestado reside en la misma casa hogar donde trabaja, con un horario permanente en su labor de cuidado, con un número entre 15 a 22 niños durante su turno de cuidado.

Para mayor información ver Tablas 19 a 31 en el apartado de Anexos.

4.2. Perfil de riesgo de maltrato infantil en el personal cuidador.

Se implementó el instrumento CAP (Inventario de Potencial de Abuso Infantil) en el cual se estableció el nivel potencial de abuso en puntuación significativa y no significativa, por medio de la sumatoria de las 5 subescalas.

4.2.1. Escala de abuso.

El 76.9% del personal cuidador obtuvo una puntuación significativa en la escala de abuso, lo cual indica una serie de características personales e interpersonales que son similares a las características de sujetos que se sabe han cometido actos de maltrato, lo cual indica que tiene un riesgo mayor de cometer actos de maltrato infantil (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados en la escala de abuso del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto de 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No significativo	3	23.1
Significativo	10	76.9
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta.

4.2.2. Escala de malestar psicológico.

El 53% del personal cuidador obtuvo una puntuación significativa en la escala de malestar psicológico, lo cual indica un alto grado de malestar psicológico y problemas de ajuste personal, tales como frustración, tristeza, sentimiento de soledad, síntomas depresivos, preocupación constante y pérdida de autocontrol, así como un reflejo de dificultad de afrontamiento a situaciones de estrés (Tabla 6).

Tabla 6. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 1: Malestar psicológico. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No significativo	6	46.2
Significativo	7	53.8
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

4.2.3. Escala de rigidez.

El 76.9% del personal cuidador obtuvo una puntuación significativa en la escala de rigidez. La rigidez se demuestra por medio de actitudes poco flexibles hacia la apariencia y comportamiento de los niños. También hace referencia a que los niños necesitan normas estrictas, a la adecuación de la utilización del castigo físico con los niños, a la valoración negativa de la expresión de sentimientos de debilidad o de necesidad de apoyo (Tabla 7).

Tabla 7. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 2: Rigidez. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No significativo	3	23.1
Significativo	10	76.9
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta.

4.2.4. Escala de infelicidad y problemas familiares.

El 61.5% del personal obtuvo una puntuación significativa en la escala de infelicidad y problemas familiares, lo cual indica una percepción de no ser feliz, de que la propia vida no es buena, incertidumbre respecto a las necesidades básicas (Tabla 8).

Tabla 8. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 3: Infelicidad y problemas familiares. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No significativo	5	38.5
Significativo	8	61.5
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta.

4.2.5. Escala de problemas sociales.

Solamente el 15.4% del personal cuidador obtuvo una puntuación significativa en la escala de problemas sociales, lo cual refleja en él una alta percepción de infelicidad ante su condición actual (Tabla 9).

Tabla 9. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 4: Problemas sociales. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No significativo	11	84.6
Significativo	2	15.4
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

4.2.6. Problema con los niños.

Un 23.1% del personal cuidador obtuvo una puntuación significativa en la escala de problemas con los niños, lo cual refleja una puntuación baja en la percepción negativa sobre la descripción de los niños (Tabla 10).

Tabla 10. Resultados del personal cuidador encuestado, en la Escala 5: Problemas con los niños. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No significativo	10	76.9
Significativo	3	23.1
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

4.3. Características de los niños en las casas hogar.

La población de niños encuestados se encuentra entre los 7 a 12 años de edad, predominando el sexo masculino con un 72.7%, quienes llevan viviendo en las instalaciones de la casa hogar entre 1 año a 2 años (68%).

La totalidad de los niños de las casas hogar cuentan con un padre biológico o tutor, pero un 90.9% no convive con ellos y el 72.7% de los niños no viven con sus hermanos en la misma casa hogar. El 90.9% de los niños están bajo tratamiento psicológico, principalmente por cuestión de problemas de comportamiento.

Para mayor información ver Tablas 32 a 40 en la parte de Anexos.

4.4. Prevalencia de maltrato infantil en las casas hogar.

4.4.1. Maltrato físico.

El 95.5% de los menores encuestados manifiesta haber recibido actos de violencia física por parte del personal cuidador durante su estancia en la casa hogar. Los actos incluyen la aplicación de castigos físicos. (Tabla 11).

Tabla 11. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido violencia física. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No	1	4.5
Si	21	95.5
Total	22	100.0

Fuente:

Encuesta

4.4.2. Abuso sexual.

El 27.3% de los menores han recibido abuso sexual por parte del personal cuidador, tales como el desvestir al menor frente al personal cuidador, espiar al menor durante su tiempo de baño, tocamiento en las áreas genitales o el realizar actos sexuales con el mismo personal (Tabla 12).

Tabla 12. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido abuso sexual. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No	16	72.7
Si	6	27.3
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

4.4.3. Maltrato psicológico.

El 90.9% de los menores han recibido actos de maltrato psicológico, tales como el uso de gritos, insultos y amenazas hacia la estabilidad del menor (en darlos de baja de los servicios de la casa hogar) o amenazas de la aplicación de castigo físico, al mismo tiempo como un reflejo de inseguridad en el lugar donde residen y de las personas que los cuidan (Tabla 13).

Tabla 13. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido maltrato psicológico. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No	2	9.1
Si	20	90.9
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

4.4.4. Negligencia.

El 18.2% de los niños manifiesta haber recibido actos de descuido o negligencia por parte del personal cuidador; dichas características incluyen ausencia de supervisión, insatisfacción de los servicios de comida, ropa y servicio médico y la falta de seguimiento en el aspecto académico (Tabla 14).

Tabla 14. Respuesta de los niños entrevistados en casas hogar acerca de haber sufrido Negligencia. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
No	18	81.8
Si	4	18.2
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

4.5. Relación entre el perfil de riesgo y el maltrato infantil.

Se correlacionó la variable “Escala de abuso” y los 4 tipos de maltrato infantil (maltrato físico, abuso sexual, maltrato psicológico y negligencia), por medio de la prueba de Chi² de Pearson con una puntuación de significancia de $p < 0.05$.

4.5.1. Escala de abuso y maltrato físico.

Se correlacionó la variable “Escala de abuso” con la variable “Maltrato físico” en lo cual no se encontró una significancia estadística, ya que la puntuación es superior a los 0.05 (Tabla 15).

Tabla 15. Correlación entre Escala de abuso y Maltrato físico.

	Valor	Grado de libertad	Significancia
Chi ² de Pearson	.325 ^a	1	.569

Fuente: Encuesta

4.5.2. Relación entre escala de abuso y abuso sexual.

Se correlacionó la variable “Escala de abuso” con la variable “Abuso sexual” en lo cual no se encontró una significancia estadística, ya que la puntuación es superior a los 0.05 (Tabla 16).

Tabla 16. Correlación entre Escala de abuso y Abuso sexual.

	Valor	Grado de libertad	Significancia
Chi ² de Pearson	2.359 ^a	1	.125

Fuente: Encuesta

4.5.3. Escala de abuso y maltrato psicológico.

Se correlacionó la variable “Escala de abuso” con la variable “maltrato psicológico” en lo cual no se encontró una significancia estadística, ya que la puntuación es superior a los 0.05 (Tabla 17).

Tabla 17. Correlación entre Escala de abuso y maltrato psicológico.

	Valor	Grado de libertad	Significancia
Chi ² de Pearson	.709 ^a	1	.400

Fuente: Encuesta

4.5.4. Escala de abuso y negligencia.

Se correlacionó la variable “Escala de abuso” con la variable “Negligencia” en lo cual no se encontró una significancia estadística, ya que la puntuación es superior a los 0.05 (Tabla 18).

Tabla 18. Correlación entre Escala de abuso y Negligencia.

	Valor	Grado de libertad	Significancia
Chi ² de Pearson	.012 ^a	1	.913

Fuente: Encuesta

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión.

En el presente apartado se realiza la comparación de los resultados obtenidos en esta investigación con los datos obtenidos de otros estudios, los cuales fueron utilizados como fundamento teórico en la realización de esta investigación.

El primer punto en discutir se trata de las condiciones socioeconómicas del personal cuidador de las casas hogar en Mexicali, ya que en varios estudios se indica que las condiciones ambientales y socioeconómicas se consideran como un factor que propicia el maltrato infantil ²⁰. El 77% del personal cuidador no recibe una remuneración económica por el servicio que presta y el 40% de ellos tienen dependientes económicos, acerca de lo cual, en un estudio realizado por Márquez, se considera la pobreza como un factor que propicia la realización de actos de maltrato ²⁰. El estudio realizado por Gómez indica que tres de cada cuatro cuidadores presenta un alto riesgo para el maltrato y existe una correlación con la pobreza ⁴⁴.

Otros de los datos relevantes obtenidos en este estudio se tratan del estado de vivienda que rodea al personal cuidador, en donde se encontró que 69% del personal cuidador reside en la misma casa hogar donde trabajan, con un horario permanente en su labor de cuidador de los niños; dichos datos presentan una similitud con el estudio que realizó Keller sobre poca calidad de descanso, que propicia una baja en la calidad de atención y en su tolerancia al estrés ³⁰.

Referente al perfil de riesgo del personal cuidador, con base en los resultados obtenidos por el CAP, el 77% del personal cuidador obtuvo una puntuación elevada en el riesgo de cometer algún tipo de maltrato infantil, los cuales sobresalen con una puntuación significativa en las subescalas de “malestar psicológico” (54%), “rigidez” (77%), e “infelicidad” (61%). En este rubro se obtuvieron resultados similares al estudio guiado por Pajer en donde se encontró que la ansiedad y la depresión tienen una relación con un nivel de propensión a realizar actos de agresión ³¹. La rigidez, con base en la interpretación del CAP, se considera como una actitud inflexible hacia la apariencia y comportamiento de los

niños y el uso de normas estrictas por medio de castigos físicos, en lo cual se encuentra similitud hacia la definición que proporciona Zunzunegui de la rigidez como una baja tolerancia al estrés y escasa capacidad de empatía ²⁹ y, como menciona Millán, una carencia en la habilidad de demostrar afecto positivo ¹⁸.

Referente al maltrato infantil, en el presente estudio sobresale la prevalencia en maltrato físico (95.5%), maltrato psicológico (90.9%) y la negligencia (18.2%). Como lo menciona la OMS, se subestima la verdadera magnitud del problema a falta de un registro y método en la captura de la información. El uso de castigo físico se presenta principalmente relacionado con el maltrato físico y maltrato psicológico; desde un punto de vista de la teoría conductista, el castigo es cualquier acto utilizado para reprimir una conducta ³³. En ese caso, el uso de castigo físico (por ejemplo golpes e hincar sobre superficies con textura, cometido por los cuidadores) se considera por ellos como un acto aceptable como lo menciona Olivan ²³.

5.2. Conclusiones.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre perfil de riesgo en el personal cuidador de niños con la presencia de maltrato infantil en las casas hogar.

Para lograr el objetivo primeramente se tuvo que determinar el perfil de riesgo en el personal cuidador, en que se encontró que en la muestra de personal cuidador, el 77% de ellos cuenta con un perfil propenso a cometer maltrato infantil; en base a la interpretación del inventario CAP, indica que la causa de ese fenómeno se atribuye a los problemas psicológicos y a la rigidez en la educación, como consecuencia del desgaste mental y de la profesión de cuidado y, al mismo tiempo, las condiciones de trabajo desfavorables como la larga jornada laboral y el tiempo de descanso no establecido. De igual manera, la ausencia de un lineamiento de atención al menor, como la falta de habilidad en la educación de los niños.

Posteriormente se obtuvo la prevalencia de los casos de maltrato infantil en las casas hogar, en lo cual predominan los casos de maltrato físico y violencia psicológica que, en ocasiones, se atribuye como parte de un castigo por indisciplina del menor. El uso de castigo físico se ha visto a lo largo de la cultura como un manera de represión o de corrección de un comportamiento inadecuado, que ha presentado una serie de consecuencias negativas en el menor, como en mantener al menor en un estado de estrés constante, lesiones físicas permanentes, como consecuencia a largo plazo de la repetición de la conducta agresiva.

Se aplicó la prueba de χ^2 de Pearson ($p < 0.05$) correlacionando dos variables: el perfil de riesgo y la prevalencia del maltrato infantil. Considerando que son muestras heterogéneas, pero con datos relacionados, no se presentan datos estadísticamente significativos, por lo cual se acepta la hipótesis nula planteada para la presente investigación.

5.3. Recomendaciones.

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se propone el siguiente listado de recomendaciones, que busca mejorar tanto el aspecto metodológico como las acciones llevadas después de la investigación:

- Ampliar la muestra del personal cuidador, creando una homogeneidad entre el número de cuidadores y la de los niños.
- Se recomienda llevar a cabo futuras investigaciones bajo una perspectiva cualitativa por medio de la técnica de investigación – acción.
- Presentar los resultados obtenidos ante las autoridades de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Baja California (DIF BC) con la finalidad de proponer una serie de acciones para mejorar la calidad de vida de los niños de las casas hogar, tales como:
 - Formular leyes estatales de protección y de supervisión para las casas hogar.
 - Proponer programas de capacitación para el personal cuidador sobre la temática de atención a menores.
- Presentar los resultados a las autoridades de las casas hogar encuestadas para realizar lo siguiente:
 - Establecer un sistema de salario y horario de descanso para el personal cuidador.
 - Establecer reglamentos internos sobre la atención al menor.
 - Sesiones de atención psicológica para los integrantes del personal cuidador que obtuvieron una puntuación elevada en el Inventario de Potencial de Abuso Infantil.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Peña-Cuanda M. Intervencion de la infancia: ¿Se ha transformado la esencia de la asistencia? Desacatos. 2011; 36(1).
2. Bulingham D, Freud A. Niños sin familia. 3ra ed.: Editorial Luis Miracle; 1968.
3. Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [Online].; 2010 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>.
4. Secretaría de Desarrollo Social de Gobierno de Baja California. Catálogo Estatales de Organizaciones. [Online].; 2012 [consultado 2013. Disponible en: http://om.bajacalifornia.gob.mx/uct/transparenciabc/038_ong/ong.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. [Online].; 2012 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
6. Secretaría de Salud. Distribución de los casos de enfermedades por grupo de edad según registro semanal de casos probables Estados Unidos Mexicanos. [Online].; 2010 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.htm>.
7. Secretaría de Salud. Distribución de los casos de enfermedades por grupo de edad según registro semanal de casos probables Estados Unidos Mexicanos. [Online].; 2009 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
8. Secretaría de Salud. Distribución de los casos de enfermedades por grupo de edad según registro semanal de casos probables Estados Unidos Mexicanos. [Online].; 2008 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
9. Secretaría de Salud. Distribución de los casos de enfermedades por grupo de edad según registro semanal de casos probables Estados Unidos Mexicanos. [Online].; 2007 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
10. Secretaría de Salud. Sistema de Notificación semanal de casos nuevos de enfermedades “violencia Intrafamiliar” por fuente de notificación Estados Unidos Mexicanos. [Online].; 2010 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010>.
11. García E, Hurtado JA, Morilla M, Sepúlveda P. Victimología infantil. Cuad. Med. Forense. 2006; 12(3).

12. García-Galvente M, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer. 1999; 27(1).
13. Pérez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognoscitivo. Demencia. 1996; 18(1).
14. Helfer M, Kempe R, Krugman R. The battered child. 5th ed. Chicago: The Chicago University Press; 1954.
15. Secretaría de Salud. Distribución de los casos de enfermedades por grupo de edad según registro semanal de casos probables Estados Unidos Mexicanos. [Online].; 2010 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010>.
16. Declaración Universal de los Derechos del Niño. En Convencion sobre los derechos de los niños; 1959; Ginebra.
17. Paramo-Castillo D, Chavez-Hernández A. Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. Salud Mental. 2007; 30(3).
18. Pedreira Massa J, Martin Alvarez L. Maltrato en la infancia. Monografías de psiquiatría. 2008; 20(2).
19. Center for Disease Control. Violence prevention, child maltreatment. [Online].; 2008 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/childmaltreatment/definitions.html>.
20. Márquez J. Síndrome del maltrato infantil. Revista Cubana de Pediatría. 2004; 76(3).
21. Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevencion y atencion. [Online].; 2005 [consultado 2012. Disponible en: http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf.
22. Sánchez-Chávez N, Reyes-Gomez U, Carbajal-Rodríguez L, Reyes HK. Disciplina errónea una forma de maltrato infantil en el hogar: estudio de dos grupos sociales. Boletín clínica de Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2011; 28(1).
23. Olivan G. Indicadores de maltrato infantil. [Online].; 2010 [consultado 2012. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/indicadores-maltrato-infantil/>.
24. Abad P, Acosta D, Martínez-Ibañez V, Lloret J, Patiño B, Gubern L, et al. Quemaduras en la infancia. Trascendencia social a las puertas del 2000. Cir Pediatr. 2000; 13(3).

25. Jacomino D, Rodríguez C, Quesada R. Violencia intrafamiliar y su relación con el maltrato infantil. *Rev cienc Med.* 2008; 212(1).
26. Loreto A, Trejo J, García C. Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. *Salud Mental.* 2010; 33(3).
27. Gómez E, Cienfuentes B, Sierverson C. Characteristic associated to child sexual abuse in a special intervention program from Santiago Chile. *Summa Psycologica.* 2010; 7(1).
28. Pereda N, Aguilera G, Forns M. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child abuse and neglect.* 2010; 33(1).
29. Huerta S, Navarro C. Factores que intervienen en el impacto del abuso incestuoso sobre la víctima. *Terapia Psycologica.* 2008; 20(2).
30. Zunzunegui M, Morales J, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconomicos y estados de salud. *Anales españoles de Pediatría.* 1997; 47(1).
31. Keller H, Kuensemueller P, Voelker M. Parenting, culture and development: a comparative study San Jose. *Science and Practice.* 2004; 4(1).
32. Pajer A, Huerta S, Chang C, Wang W, Currie L. Physical child abuse potential in adolescent girls: associations with psychopathology maltreatment and attitudes toward child bearing. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2012; 59(2).
33. Afifi T, Mota T, Dasiewicz P, Macmillan H, Sareen J. Physical punishment and mental disorders: result from a nationally representative US sample. *Pediatrics.* 2012; 130(2).
34. Kazdin A. *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas.* 5ta ed. Mexico: Manual Moderno; 1996.
35. Rodriguez C. Analog of parental empathy: association with physical child abuse risk and punishment intentions. *Child abuse and neglect.* 2013; 37(8).
36. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Protección infantil contra el abuso y violencia. [Online].; 2012 [consultada 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/index_childlabour.html.
37. Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Maltrato y abuso infantil en México: Factor de riesgos en la comisión de delitos. [Online].; 2010 [consultada 2012. Disponible en: <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/1214170/archivo>.

38. García-Galvente M, Mateo I, Gutiérrez P. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Género y Salud Publica*. 2009; 34(3).
39. INSERCO. Cuidados en la vejez, el apoyo informal. 1995; 19(1).
40. Romero R, Márquez-González M, Losada A, López J. Motives for caring relationship to stress and coping dimensions. *Internation psychogeriatrics*. 2011; 23(4).
41. Mandiracioglu A, Cam O. Violence exposure and burn out among Turkish nursing home staff. *Occupational medicine*. 2006; 56(7).
42. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informal. *Gaceta Sanitaria*. 2001; 15(6).
43. Gómez E, Cienfuentes B, Ross B. Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Univ. Psychol*. 2010; 9(3).
44. Moral de la Rubia J, Álvarez - Bermúdez J. Validación del Child Abuse Potential Inventory en México. *Psicothema*. 2005; 17(1).

ANEXOS

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Ciencias de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL CUIDADOR.

Estimado personal cuidador.

Por medio de la presente le envío un cordial saludo, aprovechando además para reconocer su honorable labor dentro de la casa hogar lo cual busca, sin duda alguna, el bienestar de nuestros menores, quienes más lo necesitan. De la misma manera se busca por medio de la presente investigación la cual está realizando su servidor donde aborda sobre **“Relación entre el perfil de riesgo de cuidador de niños de las casas-hogar en Mexicali, B.C. y la presencia de maltrato infantil en ellas”**.

Dicho proyecto se realiza con fines científicos y educativos, como parte del **Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud, UABC**, en el que me encuentro inscrito y dentro del cual se requiere la colaboración del personal cuidador de las distintas Casas hogar que fueron seleccionadas de manera aleatoria, y dentro del cual usted ha sido seleccionado para participar en la presente investigación. Su participación constará del llenado de un inventario sobre la temática mencionada, el cual será recabado de forma anónima, cuidando la confidencialidad en todo momento.

Me despido de usted, no sin antes agradecer su atención y quedo en espera de una respuesta favorable, para así contar con su valioso apoyo en este proyecto de investigación. Quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

Atentamente.

Lic. Psic. Ka Wa Ho

Yo _____, manifiesto de manera libre y consciente mi participación voluntaria como sujeto de estudio en la investigación denominada **“Relación entre el perfil de riesgo de cuidador de niños de las casas-hogar en Mexicali, B.C. y la presencia de maltrato infantil en ellas”**. Conozco y comprendo en su totalidad la información sobre dicho estudio, los riesgos y los beneficios en la colaboración en el estudio y entiendo que:

- Se guardará estrictamente la confidencialidad sobre los datos obtenidos.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la participación en la presente investigación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la colaboración voluntaria.

Nombre y firma del participante voluntario

Lic. Psic. Ka Wa Ho
Responsable de la investigación

Mexicali B.C a Junio de 2014.

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Ciencias de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAR A MENORES.

Estimados Directores de la Casa Hogar

Por medio de la presente le envío un cordial saludo, aprovechando además para reconocer su honorable labor dentro de la casa hogar lo cual busca, sin duda alguna, el bienestar de nuestros menores, quienes más lo necesitan. De la misma manera se busca por medio de la presente investigación, la cual está realizando su servidor donde aborda sobre **“Relación entre el perfil de riesgo de cuidador de niños de las casas-hogar en Mexicali, B.C. y la presencia de maltrato infantil en ellas”**.

Dicho proyecto se realiza con fines científicos y educativos como parte del **Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud, UABC**; en el que me encuentro inscrito y dentro del cual se requiere la participación de los niños de las distintas Casas hogar, quienes fueron seleccionados de manera aleatoria, y dentro del cual los niños de su Casa hogar han sido seleccionados para participar en la presente investigación. Su participación consta en participar en una entrevista sobre la temática mencionada, la cual será recabado de forma anónima, cuidando la confidencialidad en todo momento.

Me despido de usted, no sin antes agradecer su atención y quedo en espera de una respuesta favorable, para así contar con su valioso apoyo en este proyecto de investigación. Quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

Atentamente.

Lic. Psic. Ka Wa Ho

Yo _____, manifiesto de manera libre y consciente el permitir a los niños de mi Casa Hogar participar como sujetos de estudio en la investigación denominada **“Relación entre el perfil de riesgo de cuidador de niños de las casas-hogar en Mexicali, B.C. y la presencia de maltrato infantil en ellas”**. Conozco y comprendo en su totalidad la información sobre dicho estudio, los riesgos y los beneficios en la colaboración en el estudio.

Nombre y firma del tutor legal del menor

Lic. Psic. Ka Wa Ho
Responsable de la investigación
Mexicali B.C a Junio de 2014

Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Ciencias de la Salud

FORMATO DE REGISTRO DEL PERSONAL CUIDADOR

Número de folio		Fecha de aplicación:		No. de muestra:	
Nombre:			Edad:	Fecha de nacimiento	
Sexo: a) Masculino b) Femenino		Grado de estudio cumplido: a) Sin educación formal. b) Pre-escolar. c) Primaria. d) Secundaria. e) Técnica. f) Preparatoria. g) Licenciatura. h) Posgrado.			
Estado civil: a) Soltero. b) Casado. c) Unión libre. d) Viudo. e) Divorciado				Número de hijos.	
¿Cuál es su ingreso mensual?		¿Cada cuándo se le paga? a) 1 vez al mes b) 2 veces al mes c) 3 veces al mes d) 4 veces al mes e) otra (especifique): _____			
¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?			¿Cuenta usted con servicio médico? a) Si b) No		
¿Cuánto tiempo lleva trabajando para la casa hogar?			Anteriormente ¿Ha tenido experiencia laboral en relación con el cuidado de niños? a) Si b) No		
¿Cuántos niños de la casa hogar están bajo su responsabilidad?			¿Tiene usted otro trabajo además de la casa hogar? a) Si b) No		
¿Vive usted dentro de las instalaciones de la casa hogar donde trabaja? a) Si b) No					
¿Usted tiene el hábito de consumir lo siguiente? • Alcohol: a) si b) no • Tabaco: a) si b) no • Drogas: a) si b) no					

CUESTIONARIO

Versión española: Joaquín De Paúl y M^a Ignacia Arruabarrena
Copyright 1998; Formato I
Versión original: Joel S. Milner, Ph.D. Copyright 1977.

Caso n°: _____
Fecha (día/mes/año): _____
Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____
Edad: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
Estado Civil: Solt _____ Casad _____ Separ _____ Divor _____ Viud _____
Nivel de estudios alcanzado: _____

Liste por edad y sexo todos los niños que vivan en casa:

1. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____
2. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____
3. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____
4. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____
5. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____
6. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____
7. Edad: _____ Hombre _____ Mujer _____

INSTRUCCIONES: El siguiente cuestionario incluye una serie de frases que pueden aplicarse a usted mismo/a. Lea cada una de las frases y determine si usted está **DE ACUERDO** o **EN DESACUERDO**. Si está de acuerdo con la frase, rodee con un círculo **A** (Acuerdo). Si usted no está de acuerdo con la frase, rodee con un círculo **DA** (Desacuerdo). Recuerde leer cada frase; es importante no olvidar ninguna de ellas.

■ □ □ □

- | | | |
|---|---|----|
| 1. Nunca siento pena por los demás | A | DA |
| 2. Me divierte tener animales domésticos | A | DA |
| 3. Siempre he sido fuerte y sano/a | A | DA |
| 4. Me gusta la mayoría de la gente | A | DA |
| 5. Soy una persona confusa | A | DA |
| 6. No confío en la mayoría de la gente | A | DA |
| 7. La gente espera demasiado de mí | A | DA |
| 8. Los niños/as nunca deberían ser malos | A | DA |
| 9. A menudo estoy hecho/a un lío | A | DA |
| 10. Estoy de acuerdo con los azotes que sólo producen moratones a un niño | A | DA |
| 11. Siempre intento comprobar si mi hijo está bien cuando está llorando | A | DA |
| 12. Algunas veces actúo sin pensar | A | DA |
| 13. No se puede depender de los demás | A | DA |
| 14. Soy una persona feliz | A | DA |
| 15. Me gusta hacer cosas con mi familia | A | DA |
| 16. Las chicas adolescentes necesitan que se las proteja | A | DA |
| 17. A menudo estoy enfadado/a por dentro | A | DA |
| 18. A veces me siento completamente solo/a en el mundo | A | DA |
| 19. Todas las cosas en una casa deberían estar en su sitio | A | DA |
| 20. A veces me preocupa no poder cubrir las necesidades de un niño | A | DA |
| 21. Los cuchillos son peligrosos para los niños | A | DA |
| 22. A menudo me siento rechazado/a | A | DA |
| 23. A menudo me siento solo/a interiormente | A | DA |
| 24. Los niños pequeños nunca deberían aprender juegos de niñas | A | DA |
| 25. A menudo me siento muy frustrado/a | A | DA |

■ □ □ □

QUESTIONARIO

- | | | |
|---|---|----|
| 26. Los niños no deberían desobedecer nunca | A | DA |
| 27. Me encantan todos los niños | A | UA |
| 28. A veces temo que perderé el control de mí mismo/a | A | DA |
| 29. A veces deseo que mi padre me hubiera querido más | A | DA |
| 30. Tengo un hijo que es lento | A | DA |
| 31. Sé cuál es la forma adecuada y errónea de actuar | A | DA |
| 32. Mi número de teléfono no está en la guía | A | DA |
| 33. El nacimiento de un hijo normalmente provocará problemas en un matrimonio | A | DA |
| 34. Siempre soy una buena persona | A | DA |
| 35. Nunca me preocupo por mi salud | A | DA |
| 36. A veces me preocupa que no voy a tener suficiente para comer | A | DA |
| 37. Nunca he querido herir a nadie | A | DA |
| 38. Soy una persona con mala suerte | A | DA |
| 39. Normalmente soy una persona callada | A | DA |
| 40. Los niños son una lata | A | DA |
| 41. Las cosas normalmente han ido en contra mía en la vida | A | DA |
| 42. Coger en brazos a un bebé siempre que llora le malcría | A | DA |
| 43. A veces soy muy callado/a | A | DA |
| 44. A veces pierdo los estribos | A | DA |
| 45. Tengo un hijo que es malo | A | DA |
| 46. A veces pienso primero en mí mismo/a | A | DA |
| 47. A veces siento que no valgo nada | A | DA |
| 48. Mis padres no se preocupaban realmente de mí | A | DA |
| 49. A veces estoy muy triste | A | DA |
| 50. Los niños son en realidad pequeños adultos | A | DA |
| 51. Tengo un hijo que rompe las cosas | A | DA |
| 52. A menudo me siento preocupado/a | A | DA |
| 53. Está bien dejar a un niño con los pañales sucios durante un rato | A | DA |
| 54. Un niño no debería contestar nunca | A | DA |
| 55. A veces mi comportamiento es infantil | A | DA |
| 56. A menudo me altero fácilmente | A | DA |
| 57. A veces tengo malos pensamientos | A | DA |
| 58. Todo el mundo debe pensar primero en sí mismo | A | DA |
| 59. Un niño llorón nunca será feliz | A | DA |
| 60. Nunca he odiado a nadie | A | UA |
| 61. Los niños no deberían aprender a nadar | A | DA |
| 62. Siempre hago lo que está bien | A | DA |
| 63. A menudo me siento preocupado/a interiormente | A | DA |
| 64. Tengo un hijo que se pone enfermo muchas veces | A | DA |
| 65. A veces no me gusta mi forma de actuar | A | DA |
| 66. A veces no cumplo todas mis promesas | A | DA |
| 67. La gente me ha hecho mucho daño | A | DA |
| 68. Los niños deberían permanecer limpios | A | DA |
| 69. Tengo un hijo que se mete en líos muchas veces | A | DA |
| 70. Nunca me pongo furioso/a con los demás | A | DA |

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Enfermería

Programa de Maestría en Ciencias de la Salud

Inventario de clasificación de maltrato infantil para Casas hogar

Ka Wa Ho.

Instrucciones: a continuación le haré una serie de preguntas relacionadas con la dinámica diaria y la convivencia con las personas dentro de la casa hogar.

FOLIO: _____ CASA HOGAR: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

1. Tiempo que llevas hospedando en la casa hogar?
 1. Menor de 6 meses.
 2. 6 meses a 1 año
 3. 1 año a 1.5 años
 4. 1.5 años a 2 años
 5. Más de 2 años.
2. Convives con tus padres los fines de semana? (si) (no)
3. Número de hermanos _____
4. Vives con tus hermanos en la misma casa hogar? (si) (no)
5. Recibe atención psicológica (si) (no) *se pregunta al personal cuidador
6. Recibe tratamiento psiquiátrico (si) (no) *se pregunta al personal cuidador

Nota: al realizar las preguntas se dirige primeramente con la frase “tu cuidador...” y se registra el tiempo y lugar en que se realizó la acción en la parte de observación.

ABUSO FÍSICO	SI	NO
A1. ¿Te han tocado sin tu permiso?		
A2. ¿Te han aplicado fuerza para que te quedes en un solo lugar?		
A3. ¿Te han pellizcado o rasguñado con fuerza?		
A4. ¿Te han aplicado algún tipo de castigo físico?		
A5. ¿Has sido golpeado por algún personal cuidador?		
A6. ¿Te han aplicado castigos a un grado de causarte dolor físico o cansancio?		
A7. ¿Te han dado golpes en la cabeza?		
A8. ¿Te han quemado con algún tipo de objeto caliente?		
A9. ¿Te han dado cachetadas?		
A10. ¿Te han pedido mantenerte en pie en un largo tiempo?		
A11. ¿Te han jalado el cabello?		
SUMA		
ABUSO SEXUAL	SI	NO
B1. ¿Te han pedido que te desnudaras frente de otras personas que no sea un médico?		
B2. En algún momento ¿Te han mostrado materiales pornográficos?		
B3. ¿Te han tocado tus genitales?		
B4. ¿Te han pedido que tocaras los genitales de algún adulto?		
B5. ¿Te han besado a un grado de hacerte sentir incómodo?		
B6. ¿Algún adulto te ha pedido que lo miraras desnudo?		
B7. ¿Te observan mientras estás en el baño?		
B8. ¿Te han tomado videos sin tu autorización?		
B9. ¿Te han tocado sin tu permiso?		
SUMA		

MALTRATO PSICOLÓGICO	SI	NO
C1. ¿Tienes miedo de las personas que te cuidan?		
C2. ¿Te han gritado para que dejaras de hacer algo?		
C3. ¿Te han dicho cosas que te hace sentir menos que los otros niños?		
C4. ¿Prefieres quedarte en silencio en un castigo, a pesar de que no tuviste la culpa?		
C5. ¿Te han encerrado en un cuarto como parte de un castigo?		
C6. ¿Te han amenazado con darte de baja de la Casa hogar?		
C7. ¿Se han dirigido a ti con palabras altisonantes?		
C8. ¿Te han hecho sentir mal cuando no puedes cumplir con alguna tarea?		
C9. ¿Te han amenazado con castigarte?		
C10. ¿Te sientes inseguro donde estás viviendo?		
C11. ¿Te han pedido que fueras a pedir dinero en la calle?		
SUMA		
NEGLIGENCIA	SI	NO
D1. ¿Te llevan a la escuela?		
D2. ¿Te ayudan con las tareas?		
D3. ¿Te dan todos los útiles escolares que necesitas?		
D4. ¿Siempre tienes ropa limpia?		
D5. ¿Siempre tienes comida?		
D6. ¿Te llevan al médico cuando te enfermas?		
D7. ¿Siempre encuentras a un adulto supervisando?		
D8. ¿Te supervisan mientras realizas tus tareas de limpieza?		
SUMA		

OBSERVACIÓN:

TABLAS DE DATOS ESTADÍSTICOS

Tablas anexos: Descripción del personal cuidador.

Tabla 19. Sexo del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	5	38.5
Femenino	8	61.5
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 20. Edad del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
18 a 20 años	1	7.7
21 a 30 años	2	15.4
31 a 40 años	7	53.8
41 a 50 años	3	23.1
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 21. Escolaridad del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	30.8
Secundaria	4	30.8
Técnica	4	30.8
Licenciatura	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 22. Estado civil del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	6	46.2
Casado	6	46.2
Viudo	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 23. Ingreso mensual del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
0	10	76.9
3000	1	7.7
3200	1	7.7
4000	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 24. Número de personas que dependen económicamente del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
0	6	46.2
2	1	7.7
3	2	15.4
4	2	15.4
5	1	7.7
6	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 25. Respuesta del personal cuidador encuestado sobre si cuenta con servicio médico. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	53.8
No	6	46.2
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 26. Experiencia laboral previa del personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	23.1
No	10	76.9
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 27. Cantidad de niños bajo la responsabilidad del personal cuidador encuestado. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
12	1	7.7
15	3	23.1
18	3	23.1
22	6	46.2
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 28. Personal cuidador encuestado que reside en la casa hogar donde trabaja. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	69.2
No	4	30.8
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 29. Hábito de consumir alcohol por el personal cuidador encuestado. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	92.3
No	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 30. Hábito de consumir tabaco por el personal cuidador encuestado. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100.0
No	0	0
Total	13	100

Fuente: Encuesta

Tabla 31. Hábito en consumir drogas ilegales por el personal cuidador encuestado. Mexicali B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	13	100.0
Total	13	100

Fuente: Encuesta

Descripción de los niños de las casas hogar.

Tabla 32. Casa hogar de pertenencia de los niños entrevistados. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Casa A	5	22.7
Casa B	5	22.7
Casa C	12	54.5
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 33. Edad de los niños entrevistados en Casas hogar. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
7	4	18.2
8	4	18.2
9	4	18.2
10	4	18.2
11	4	18.2
12	2	9.1
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 34. Sexo de los niños entrevistados en Casas hogar. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16	72.7
Femenino	6	27.3
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 35. Tiempo que llevan hospedados en la casa hogar, los niños entrevistados. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
menor de 6 meses	4	18.2
6 meses a 1 año	7	31.8
1 año a 1 año y medio	1	4.5
1 año y medio a 2 años	1	4.5
más de 2 años	8	36.4
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 36. Niños entrevistados en casas –hogar que conviven con sus padres durante el fin de semana. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	9.1
No	20	90.9
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 37. Niños entrevistados en Casas hogar que tienen hermanos. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	90.9
No	2	9.1
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 38. Niños entrevistados que viven con sus hermanos en la misma cada hogar. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	27.3
No	16	72.7
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 39. Niños entrevistados en Casas hogar que se encuentran en tratamiento psicológico. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	90.9
No	2	9.1
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 40. Niños entrevistados en Casas hogar que se encuentran en tratamiento psiquiátrico. Mexicali, B.C. Agosto 2014.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	18.2
no	18	81.8
Total	22	100.0

Fuente: Encuesta