

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA**  
**POLICLÍNICO DOCENTE COMUNITARIO VENEZUELA.**  
**“Juan Olimpio Valcárcel”.**

**Incidencia del maltrato infantil y el comportamiento de variables  
socioeconómicas en las familias correspondientes al municipio de Venezuela**

***Autor: Dra. Orlettys Espinosa Vaillant \****

***TRABAJO DE TERMINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL.***

***CURSO 2011-2012.***

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA**  
**POLICLÍNICO DOCENTE COMUNITARIO VENEZUELA.**  
**“Juan Olimpio Valcárcel”.**

**Incidencia del maltrato infantil y el comportamiento de variables socioeconómicas en las familias correspondientes al municipio de Venezuela**

***Autor: Dra. Orlettys Espinosa Vaillant \****

***TRABAJO DE TERMINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL.***



***CURSO 2011-2012.***



*“Los peligros no se han de ver cuando se les tiene encima, sino cuando se los puede evitar”.*

*José Martí*

## DEDICATORIA.

- ✚ A mi hijo, por ser lo más preciado de mi vida.
- ✚ A mi esposo
- ✚ A mi Madre.
- ✚ A la vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

- Les agradezco a todos los que me han ayudado de una forma u otra a la realización de este sueño.
- A mi madre que siempre está a mi lado.
- A mi hijo que es la fuente de inspiración en mi vida.
- A mi esposo por tanta paciencia, apoyo, seguridad, horas de desvelo que pasó junto a mí, y por sobre todas las cosas, por haber confiado siempre en mí.

## **RESUMEN**

Con el objetivo de describir la incidencia del maltrato infantil y el comportamiento de variables socioeconómicas en las familias correspondientes al Municipio Venezuela, se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar la frecuencia y su comportamiento (julio de 2011 hasta julio de 2012). El universo estuvo constituido por 176 pacientes, la muestra tomada quedó conformada por 105 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. El maltrato físico fue el más frecuente, predominó en el sexo masculino y en niños sanos que convivían con otros familiares siendo el femenino el que maltrata con mayor frecuencia, el grupo etáreo más afectado fue de 5-9 años, en familias moderadamente disfuncionales, con bajo nivel educacional y económico, observándose como características del agresor que la mayoría de los padres se encontraban por encima de 20 años de edad, presentaban hábitos tóxicos y solo la minoría antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Palabras claves: **Maltrato Infantil/ Comportamiento de variables socioeconómicas / Familia...**

# ÍNDICE

<u>Contenido.</u>	<u>Página.</u>
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	3
III. Objetivos .....	25
IV. Método.....	26
V. Análisis y discusión de los resultados.....	33
VI. Conclusiones.....	44
VII. Recomendaciones.....	45
VIII. Referencias bibliográficas.....	46
IX. Anexos.....	5

## INTRODUCCIÓN

La violencia es una expresión de connotación universal por el modo de aplicación de sus instrumentos y su repercusión negativa en el desarrollo sostenible del ser humano y la naturaleza. Ningún país, con independencia de sus costumbres, religión, cultura o régimen económico, está exento de los actos o actitudes violentas en mayor o menor intensidad. La misma se convierte en un fenómeno complejo que abarca facetas múltiples relacionadas con un grupo de factores que se repiten en forma cíclica de generación en generación, porque las causas y las consecuencias lejos de decrecer aparecen con formas nuevas, más agresivas y encubiertas.<sup>1</sup>

La violencia intrafamiliar es aquella acción u omisión intencional, que ocurre dentro del seno familiar, donde uno(s) de sus miembros maltrata física o psicológicamente a otro u otros de los miembros de la misma, sin importar el espacio físico donde esta ocurra, que tiene como propósito controlar o someter a alguien y que causa un daño a esta persona. Este fenómeno creciente, ligado a las condiciones de vida de la familia y la comunidad, además del número de vidas elevado que se pierden y la incapacidad física, psíquica y social que acumula, cuestan a la comunidad mundial casi 500 000 millones de dólares cada año en cuidados médicos y pérdidas de la productividad, lo cual genera a su vez ingresos bajos.<sup>1,2</sup>

El maltrato y la violencia en la infancia constituyen en salud pública un problema importante. Se ha convertido en nuestra sociedad, con sus diferentes formas de expresión, en un fenómeno que amenaza la salud individual y colectiva y muy individualmente a la población infantil.<sup>3,4,5</sup>

Los niños no saben defenderse y no piden ayuda, lo que los hace vulnerable ante un adulto agresivo o negligente. Es importante encontrar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo y detectar cuanto antes el maltrato, pues los niños maltratados, sufren trastornos en su desarrollo evolutivo, emocional, conductual y socio-cognitivo que le imposibilita un desarrollo adecuado de su personalidad.<sup>6</sup>

La detección oportuna del maltrato infantil y más aún su prevención a partir de la observación y estudio de factores de riesgo, reviste una gran importancia ya que posibilita la ayuda al niño que sufre este problema y a la familia para evitar la gravedad de las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias.<sup>7</sup> El

Maltrato es un problema que daña mucho la salud de los niños y que se puede resolver con mayor facilidad aunando los esfuerzos y experiencias de los Profesionales de la Salud y de las Ciencias Sociales que, hasta ahora trabajando cada uno por nuestro lado, hemos hecho posible avances importantes en la identificación, prevención y su tratamiento; asimismo, en nuestra fuerte estructura de la Atención Primaria de Salud tenemos todas las facilidades para enfrentar esta problemática, la cual podremos vencer cuando empecemos a aceptarlo y a diagnosticarlo como un problema de salud, a abordarlo abiertamente sin prejuicios sociales, informarlo en los registros primarios para conocer la magnitud exacta del problema, aprendiendo técnicas participativas de cómo enfrentarlo y actuar en las familias para eliminarlo y del mismo modo evitar su perpetuidad, su recurrencia y sus consecuencias promoviendo la práctica del respeto mutuo, haciendo partícipe a todos sus miembros y del grupo básico de trabajo sobre todo la ayuda de los psicólogos y trabajadores sociales. Siendo esto un conflicto social que comienza en el contexto familiar, de ahí que el conocimiento y la prevención de esta entidad constituya un elemento fundamental en el trabajo sobre la familia, comunidad y sociedad, por lo cual nos hemos motivados para la realización de nuestro trabajo.

## MARCO TEÓRICO

La terminología de maltrato infantil está unida a la aparición del hombre en la tierra y al desarrollo de la humanidad, muy bien conocida en todas las sociedades generalmente aprobadas por ignorancia o pleno conocimiento, ya fuera por motivos religiosos, territoriales o económicos, y un denominador común: la dominación de los más fuertes sobre los más débiles o más fácilmente vulnerables.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradecer a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina.<sup>1,7</sup>

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como relata la orden de Ramsés de sacrificar a los varones hebreos arrojándolos al Nilo para que no proliferara ese pueblo enemigo, igualmente el rey Herodes dio la orden conocida como el “Sacrificio de los Inocentes”, para evitar que se cumpliera la profecía de la venida del Mesías. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. El Derecho Romano otorgaba al *pater famili* los derechos de vida o muerte sobre sus hijos, pudiendo venderlos, matarlos, castigarlos o abandonarlos a su gusto, erigiendo la familia sobre la base del poder y la fuerza. En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. Los niños que nacían con malformaciones congénitas eran sacrificados, en tribus africanas los niños que nacían con albinismo eran considerados una maldición y por tal sacrificados. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera.<sup>1, 7, 8, 9, 10, 11</sup>

Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida.<sup>7</sup>

Con el cristianismo hay un cambio conceptual al concebirse los hijos como enviados de Dios, invirtiéndose los principios morales de la familia, y la paternidad pasó a otorgar más deberes que derechos, hasta que San Agustín, con su imagen distorsionada del niño como un ser imperfecto y malévolo, influye notablemente en la educación del siglo XVII, pasando el castigo corporal a ser indispensable en el trato del niño. No es hasta el

siglo XVIII, que nuevamente se revaloriza al niño como persona a partir de su importancia económica como fuerza de trabajo en la Revolución Industrial, obviando el aspecto humanitario de la cuestión. <sup>8</sup>

El código Napoleónico estipulaba que las personas que carecen de derechos jurídicos son los menores, las mujeres casadas, los criminales y retardados mentales. <sup>1</sup>

El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, arrojar el cuarto hijo a las fieras constituía un método de control de la natalidad. <sup>7, 8,9</sup>

Zachia (1626) médico de la Inquisición habló sobre las manifestaciones de maltrato a menores. <sup>1, 7</sup>

Margaret Lynch describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países; no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Ascher en 1951 introdujo el término de *Síndrome de Münchhausen* para describir aquellos pacientes que frecuentemente producen historias clínicas falsas y evidencias de enfermedades. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión *Síndrome del niño golpeado*, para referirse a un cuadro clínico en niños y jóvenes que eran objeto de maltratos, generalmente por uno o ambos progenitores, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado y Mary Putman en otros estudios, señaló la incidencia alta de este Síndrome e incluso formas nuevas; así como el papel del médico en esta entidad. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño. <sup>1, 7, 8, 10, 12, 13</sup>

Jordán JR. (1968-1994) en numerosos análisis realizados en Cuba sobre los accidentes en el niño, consideró esta denominación –la de accidente- como un vocablo impreciso. Según él, tiene más bien una connotación semántica de algo casual, fortuito a “causa de suerte”, al “azar”. Señaló los accidentes como un problema de salud, que depende de la conciencia que se haga del problema. <sup>1</sup>

Meadows R. (1977-1984) describe otras formas de maltrato infantil, a las que llamó *Síndrome de Münchausen por poder*, para significar aquellos padres que ofrecían historias clínicas ficticias sobre las enfermedades de sus hijos. <sup>1</sup>

El 20 de noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) adoptó la Declaración de los Derechos Humanos del Niño, reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la Resolución 1386 (XIV) la cual plantea “que el niño por su falta de madurez física, y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. Treinta años después la ONU convocó a la Convención sobre los Derechos del Niño, que tuvo lugar el 20 de noviembre de 1989 y entró a formar parte del Derecho Internacional. El 2 de septiembre de 1990 se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, la cual eleva el problema de la niñez a una connotación más universal y a su vez crea un instrumento jurídico que estipula la obligatoriedad de los adultos a proteger al niño y su desarrollo, la cual consta de 54 capítulos en su plan de acción. <sup>1, 10</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), basada en las normas y metas de la Convención de los Derechos del niño (1989) y la Cumbre Mundial sobre la Infancia de 1990 convocó a la Primera Reunión del Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil, definiéndose como “toda conducta de un adulto con repercusiones desfavorables en el desarrollo físico, psicológico, o sexual de una persona menor”. <sup>1</sup>

En la Convención de los Derechos de los niños afirmados en la Conferencia de Viena sobre los Derechos Humanos en el 1993 se plantea la creciente vigencia del maltrato infantil, con un recrudecimiento de la miseria, la pobreza y la marginación, amenazas verdaderas para la estabilidad y la vida de las familias. <sup>1</sup>

El Síndrome de Maltrato Infantil es un fenómeno complejo de la sociedad, conocido desde hace siglos, pero con características especiales en la etapa actual puesto que puede envolver a cualquier grupo socioeconómico en mayor o menor intensidad, y resultan las familias desposeídas las más afectadas. <sup>1</sup>

En la actualidad se mantiene vigente el problema. Millones de niños viven sometidos a trabajos forzados, prostitución, hambre, frío, mendicidad, careciendo de educación y atención médica por irresponsabilidad social y familiar, y se agrava constantemente la situación por el empeoramiento de las condiciones de vida,

incremento de la pobreza, drogadicción, alcoholismo y delincuencia, sometiéndosele cada vez más a violentas formas de castigo corporal físico, o a las más sutiles torturas psicológicas, negligencias y negación de sus más elementales derechos.<sup>8</sup>

El análisis estadístico, en base a los datos recopilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en el 2002 murieron 53 mil niños en todo el mundo como consecuencia de homicidios, mientras que entre un 80 y un 98 por ciento de los niños de numerosos países de todas las regiones del mundo sufrió castigos corporales en el hogar, y un tercio o más recibió castigos corporales muy graves aplicados con utensilios.<sup>14</sup>

En Estados Unidos se reportan anualmente 1 600 000 casos de maltrato con 2000 defunciones, constituyendo solo la punta del iceberg los que acuden a requerir asistencia médica y hospitalaria. Entre un 60-70 % son menores de 3 años, el 60 % son varones, aunque dentro del abuso sexual se reporta un 83 % de niñas, y se reporta un 100 % de familias disfuncionales con uso del castigo físico como medida disciplinaria.<sup>1,8</sup>

En su informe anual de 1996 la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) establece: en África occidental y central se estima que hasta un 20% de los niños se encontraban desarrollando actividades diversas de tipo laboral; en África oriental y meridional se observa que "va en aumento el número de familias cuyo jefe es un niño", y este organismo intensifica estrategias tendientes a la protección especial de niños víctima de negligencia, maltratados, prostituidos y niños de la calle. En Asia oriental y el Pacífico los cambios sociales acontecidos se relacionan con un incremento explosivo de niños que requieren de protección debido a que se ven obligados a trabajar o a irse a las calles. En Asia meridional los niños que trabajan oscilan entre los 35 y 88 millones, muchos de los cuales laboran en situaciones peligrosas y de explotación. En América y el Caribe se observa que en países como Argentina, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, debido al aumento de las tensiones socioeconómicas y del des-empleo y a la disminución del salario, se incrementaron los índices de violencia, a tal grado que en países como Guatemala éste constituye una de las principales causas de defunción en el grupo de 5 a 14 años de edad. Los disturbios socioeconómicos en Europa central y oriental, en estados independientes y bálticos, se han reflejado en una menor cantidad de matrimonios, incremento de divorcios y aumento de la violencia en el hogar. Una elevada inflación siguió asolando los países eslavos de la ex Unión Soviética y desarticulando cada vez más la trama social de Bela Rusia, la federación de Rusia y Ucrania.<sup>7</sup>

En Cuba, a pesar del trabajo social e institucional realizado por años, aún persisten en el seno familiar formas de expresión del maltrato, que no por ser menos frecuentes y graves, y no existir estadísticas precisas que permitan afirmar que el maltrato infantil es un grave problema de salud en nuestro país, no dejan de

constituir un problema a tener en cuenta, no solo por las instituciones de salud, sino por todas las instancias relacionadas con el desarrollo de la infancia.<sup>1, 7, 8</sup>

Es primordial establecer una definición adecuada del Maltrato Infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados, pues además es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema.<sup>7</sup>

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema:

- El Centro Internacional de la Infancia, *Paris* (CII) considera que el maltrato infantil es: “Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados o derivados de estos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y que dificulten su óptimo desarrollo”.<sup>11</sup>
- La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”.<sup>7</sup>
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños maltratados como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”.<sup>7</sup>
- La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) en su reunión de consulta sobre la prevención del maltrato infantil redactó la siguiente definición en el año 1999: “El maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.<sup>1, 10, 15</sup>
- El maltrato infantil, de acuerdo a la *Organización de las Naciones Unidas para la Infancia* (UNICEF, por sus siglas en inglés), “es aquella conformada por niños, niñas y jóvenes de hasta 18 años que sufran ocasional o habitualmente actos de violencia física, emocional o sexual, ya sea en el grupo familiar o por las instituciones sociales, el maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, pudiendo existir el abandono parcial o completo, tomando en cuenta la existencia de la intencionalidad o no del maltratador como un elemento sustantivo para calificar un hecho como maltrato”.<sup>11</sup>

El maltrato infantil incluye una serie de ofensas que van desde los extremos de la violación y el asesinato, hasta la más sutil e insidiosa negación del amor.

Una primera clasificación del maltrato infantil es la que se basa en la intencionalidad del daño clasificándolo en: <sup>1, 15</sup>

- Maltrato intencional
- Maltrato no intencional (negligencia-"accidente")
- Maltrato indeterminado. (cuando no es posible determinar intencionalidad)

Según las consecuencias del maltrato puede clasificarse: <sup>1</sup>

Individual (somáticas y psicológicas).

Familiar.

Social.

Según la conducta del agresor puede tener dos variantes: <sup>1, 16</sup>

El maltrato activo, que puede ser visible (golpes, abuso sexual,...) o invisible (maltrato psicológico).

El maltrato pasivo que a su vez puede ser visible (negligencia) o invisible (abandono).

Según la frecuencia con la que ocurre la conducta:

- **Maltrato ocasional:** Se produce en situación de crisis. Ej.: desempleo, emigración, etc. Generalmente el adulto se da cuenta y se arrepiente de su actuación, y el niño expresa libremente el maltrato.

<sup>16</sup>

- **Maltrato crónico:** Es un maltrato cultural; se produce una cadena familiar de maltrato. En el maltrato crónico, hay un trastorno en la transmisión de cuidados. El abuso sexual, siempre es patología crónica dentro de la familiar. <sup>16</sup>

Clasificación del maltrato infantil según diversos autores. <sup>1, 7</sup>

*Loredo:* Agresión física, Abuso sexual, Deprivación emocional, Formas poco comunes: Síndrome de Münchhausen en niños, abuso fetal, abuso de tipo ritual o religioso, niños de la guerra y de la calle.

*Martínez:* Físico, Sexual, Deprivación afectiva, Descuido.

*Claussen:* Físico, Psicológico, Negligencia.

*Suárez:* Físico, Psicológico, Social.

*Milling:* Físico, Abuso sexual, Psicológico, Negligencia.

El maltrato infantil también puede ser clasificado según sus formas: <sup>8, 15</sup>

Maltrato físico.

Maltrato emocional o psicológico.

Abuso sexual.

Abandono (físico o emocional).

Negligencias.

Abuso fetal.

Abuso prenatal

Explotación laboral.

Maltrato institucional.

0. Síndrome de Münchausen por poder.

**Maltrato físico:** cualquier acción no accidental por parte de algún adulto (padres, cuidadores, etc.) que provoque daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloque en grave riesgo de padecerlo como consecuencias de alguna negligencia intencionada mediante pinchazos, mordeduras, golpes, sacudidas, estirones de pelo, torceduras, puntapiés, quemaduras u otros medios con los que se lastime al niño. <sup>8, 15, 16, 17, 18, 19</sup>

Aun cuando el ejecutor del maltrato no tenga la intención de dañar al niño se considera maltrato la aparición de cualquier lesión física que se produzca por el uso de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño. <sup>9,20</sup>

**Maltrato emocional o psicológico:** conductas de los padres, madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, actos de privación de la libertad como encerrar a un hijo o atarlo, que causen deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño. Los niños no son respetados como sujetos. <sup>4, 6, 16</sup>

**Maltrato emocional:** "Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (por ejemplo: miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y

expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social".

7, 8, 16

**Maltrato psicológico:** "Es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social". 7, 8, 15, 16

Es una de las formas más sutiles pero también más existentes del maltrato infantil. Son niños o niñas a los que se le somete a presenciar actos de violencias física o verbal hacia otros miembros de la familia. Se les permite o tolera uso de drogas o el abuso de alcohol produciendo un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones suficientes para afectar la dignidad, alterar su bienestar e incluso perjudicar su salud. 9, 18, 21

**Abuso sexual:** "Cualquier clase de placer sexual con un niño o niña (menor de 18 años) por un adulto o un niño de más edad, para la que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima. No es necesario que exista un contacto físico para considerar que existe abuso sino, que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual, y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño, realización de acto sexual en presencia de un niño, pornografía). Es uno de los tipos de maltratos que implica mayores dificultades a la hora de estudiar y es tal vez una de las formas más repudiadas de la violencia infantil por su connotación social. 8, 9, 15, 16, 22

El maltratador es habitualmente un hombre (padre, padrastro, otro familiar, compañero sentimental de la madre u otro varón conocido de la familia). Raramente es la madre, cuidadora u otra mujer que ejecuta el abuso. 23, 24

**Abandono (físico o emocional):** "Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del menor". Es el tipo de maltrato más traumático y más terrible. 16

**Abandono físico:** se expresa en situaciones en que las necesidades físicas básicas, como alimentación, higiene, vestido, seguridad, protección, vigilancia y cuidados médicos, no son atendidas adecuadamente por

ningún adulto del grupo que convive con él. Quizás el menos identificado de ellos lo constituye el abandono de la lactancia materna, por la privación de sus ventajas al bebé por una madre apta para lactar. <sup>8, 9, 18, 25, 26, 27</sup>

**Abandono emocional:** situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesaria en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres, madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa, etc.) o a sus intentos de aproximación o interacción. <sup>3, 4, 5, 8, 9, 25</sup>

Significa una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño, es decir, dejar de proporcionar los cuidados o atención al menor que requiere para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y espiritual. <sup>9,18, 25, 26, 27</sup>

**Negligencias:** esta a su vez abarca un conjunto de acciones consideradas irresponsables, que provocan daños al menor (accidentes, deambulantes callejeros, ausencias injustificadas a la escuela, falta de apoyo en las tareas escolares). Igualmente el no cumplimiento de la consultas médicas programadas, vacunación, tratamientos médicos indicados y de rehabilitación de defectos físicos y síquicos, o la aplicación inadecuada de medicamentos. <sup>8, 15</sup>

- **Negligencia física:** “Falta de atención temporal o permanente por algún miembro del grupo que convive con el niño a las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos)”. <sup>16</sup>

- **Negligencia psíquica (emocional):** “Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable”. <sup>16</sup>

Se describen varios tipos de negligencias: negligencias físicas, negligencias médicas, negligencias educacionales, negligencias en su seguridad, negligencias en su supervisión, negligencias emocionales, negligencia nutricional y el abandono. Algunos autores agrupan a la negligencia en 3 grupos: física (incluyendo la médica), educacional y seguridad. <sup>15</sup>

**Negligencia física:** se refiere a un fallo en proporcionar al niño sus necesidades básicas, tales como: alimentos, vestido, amparo, cuidado médico y supervisión. <sup>15</sup>

**Negligencia médica:** constituye aproximadamente el 0,4/1000 de los maltratos reportados. Este tipo de negligencia puede tomar formas muy variadas, pero fundamentalmente se refiere a la negación o demora en el cumplimiento del tratamiento indicado y la no asistencia a las citas o consultas de seguimiento. <sup>15</sup>

Los médicos suelen ser los que identifican la negligencia médica que resulta de un fallo del padre o tutor, en ofrecer adecuada atención médica, así como su seguimiento en las consultas del niño sano y de especialidades en caso de enfermedades agudas o crónicas. <sup>15</sup>

**Negligencia educacional:** 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. <sup>15</sup>

**Negligencias en su seguridad:** aquí se incluye el cuidado del ambiente del niño, sus condiciones higiénico-sanitarias y protección de cualquier forma de daño. <sup>15</sup>

**Negligencia nutricional:** es la causa más frecuente del bajo peso en los lactantes y puede estar presente en el 50 % de los casos de fallo de progreso. El niño no puede desarrollar su potencial de crecimiento y desarrollo sin una alimentación adecuada. <sup>15</sup>

Es importante destacar que la negligencia se diferencia de los accidentes porque estos no tienen en cuenta la responsabilidad de los padres o tutores, mientras que en la mayoría de las negligencias está presente un fallo por parte de los padres o tutor, en ofrecerle al niño: amor, abrigo, amparo, supervisión, educación, atención médica y soporte nutricional y psicológico. <sup>15</sup>

**Abuso fetal:** Ocurre cuando la futura madre ingiere, deliberadamente, alcohol u otras drogas, estando el feto en su vientre. Producto de esto el niño (a) nace con problemas, malformaciones, retraso severo. <sup>4, 25</sup>

**Abuso prenatal** Definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo, parto y repercuten en el feto. Tales como: rechazo del embarazo, falta de control y seguimiento médico del embarazo, negligencia personal en la alimentación e higiene, medicaciones excesivas o no prescritas, otras. <sup>4, 15, 25</sup>

**Explotación laboral:** definido como aquella situación en que los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio, la realización continuada de trabajos (domésticos o laborales), que excedan los límites y capacidades de lo habitual, deberían de ser realizados por adultos, interfieran de manera clara en las actividades y necesidades sociales o escolares del niño, son asignados con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico para los padres o la estructura familiar. Se incluyen en este caso la prostitución y la pornografía infantil. <sup>3, 8, 26, 27</sup>

**Maltrato institucional:** se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados o bien derivada de la actuación individual

del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos del niño y/o la infancia. <sup>1, 18, 19, 26, 27</sup>

**Síndrome de Münchausen por poder:** Simulación repetida de enfermedades, habitualmente agudas, dramáticas y convincentes, por una persona que acude de un hospital a otro en busca de tratamiento. En estos casos, los padres, madres o tutores utilizan artificios diferentes para provocarles enfermedades ficticias a sus hijos, con el objetivo de obtener una ganancia secundaria mal definida de la hospitalización del niño. Ellos relatan historias clínicas falsas sobre padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos, los sometan a chequeos y evaluaciones médicas múltiples, que con frecuencia terminan en ingresos hospitalarios. Generalmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar. Los signos y síntomas aparecen solamente en presencia de la madre (habitualmente el perpetrador del abuso), son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico. <sup>1, 4, 8, 15, 25, 26, 28</sup>

La clasificación más aceptada es la realizada por el Dr. Néstor Acosta:

**Síndrome de abuso físico:** se define como agresión corporal que recibe un menor de un adulto, producida por una parte del cuerpo, un objeto o líquido manipulado de manera intencional por el agresor. <sup>1</sup>

**Síndrome del niño sacudido:** forma parte del Síndrome del niño golpeado y se produce por fuerzas biomecánicas de transmisión lineal o de rotación angular, acompañadas de fenómenos de aceleración-deceleración de la cabeza y masa encefálica, o del globo ocular, a las cuales puede añadirse el impacto sobre una superficie. <sup>1</sup>

**Síndrome de negligencia física y emocional:** se define como el deterioro progresivo corporal y emocional del niño o el adolescente, por insuficiencia de los padres o tutores para prever y proporcionarle las necesidades básicas para la vida; y no controlar o fiscalizar debidamente la atención del niño durante su etapa de crecimiento, formación y desarrollo intelectual. <sup>1</sup>

**Síndrome de abuso sexual:** es la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en las actividades sexuales, que ellos no logran comprender plenamente, incapaces de dar su consentimiento y que viola los tabúes del papel social de la familia. <sup>1</sup>

**Síndrome de Münchausen:** se observa en aquellos niños cuyos familiares ofrecen historias falsas y evidencias de enfermedades, sometiéndolos al empleo de investigaciones médicas, operaciones y tratamientos médicos innecesarios para obtener una ganancia secundaria. <sup>1, 4, 8, 15, 25, 26, 28</sup>

**Síndrome de intoxicación no accidental:** es otra forma de abuso o negligencia que muy a menudo se comete en el niño, con repercusión importante en la morbilidad infantil intrahospitalaria. Es un síndrome complejo, vinculado a los Síndromes de Münchausen, y la negligencia física y emocional. <sup>1</sup>

**Síndrome de intoxicación alcohólica:** está incluida en la intoxicación no accidental. <sup>1</sup>

**Síndrome de muerte súbita del niño.** <sup>1</sup>

Como punto de partida y teniendo en cuenta que la infancia es uno de los colectivos más vulnerables, es necesario considerar al niño no como un objeto de protección sino como un sujeto con libertad y derechos. <sup>29,</sup>

30

La defensa de los derechos de la infancia permite garantizar que todos los niños puedan vivir una niñez digna, alegre, consiguiendo así el desarrollo libre de su personalidad, seguros de si mismos y con confianza de los demás. <sup>31</sup>

El maltrato infantil responde a un fenómeno complejo y multicausal. Varios factores (culturales, de género, económicos y sociales) contribuyen a que un niño sea maltratado en su núcleo familiar paradójicamente por las personas que supuestamente deben protegerlo, propiciarle cariño y seguridad. <sup>2, 7, 10</sup>

Para que exista maltrato hacen falta cuatro elementos; en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión; a la vez cada uno de estos elementos abarca características peculiares que pueden considerarse como los *factores de riesgo*. <sup>7, 8</sup>

Consideremos así al niño como la víctima; el adulto, el agresor; la situación propicia es considerada como la propia agresión y la familia es el medio de ocurrencia del suceso. <sup>8</sup>

En relación con el niño pueden darse situaciones diversas pues suele ser un hijo no deseado, resultado de embarazos múltiples o muy próximos, prematuros, con peculiaridades que no satisfacen las expectativas de los padres: sexo no deseado, irritable, desobediente, con presencia de discapacidades, malformaciones o con retraso mental, difícil de educar, demandante, enfermizo, con alto nivel de actividad motora e hiperquinesia. Con mayor frecuencia son varones y menores de 5 años los más susceptibles al maltrato físico, que por un lado no tienen capacidad de huir, defenderse o pedir ayuda y por otro dependen mucho de los padres por necesitar gran número de cuidados y de atención, mientras que el abuso sexual se produce preferentemente en niñas o niños en edad escolar o en la adolescencia y el maltrato psicológico o la negligencia pueden producirse a cualquier edad. <sup>1, 7, 8, 10, 13, 16</sup>

En el agresor las principales características de riesgo serán las frustraciones, el estrés, los conflictos hogareños, madres apáticas incapaces de afrontar los problemas del día a día, especialmente aquellas que han intentado suicidarse y el bajo nivel socioeconómico; la pobreza incrementa el estrés y este la agresividad. El nivel escolar y la edad no parecen ser factores predictivos, pero parece ser más frecuente entre padres

adolescentes por su inmadurez para enfrentar la responsabilidad de la paternidad. En relación con el sexo, la mujer maltrata más, pero suele ser el hombre quien lo hace con mayor severidad y gravedad. No se relaciona con la ocupación, pero sí con el desempleo, subempleo y trabajos inestables. En contra de lo que muchos piensan, apenas el 5 % son sicóticos o con verdaderas inadaptaciones sociales, pero en la mayoría existen antecedentes de haber sido ellos mismos víctimas de maltrato en su infancia. <sup>1, 7, 8, 10, 13, 16</sup>

La simbiosis entre padres e hijos cambia de signo: los padres transfieren al hijo el papel de otorgar a sus vidas satisfacción y soporte emocional y al no conseguirlo el niño aparece como causa de sus problemas, se convierte en la diana sobre la que descargan sus frustraciones. <sup>13</sup>

Pero debe tenerse en cuenta que los padres de los hijos maltratados pueden comportarse en el resto de sus actividades como personas normales: no son locos ni criminales. Son personas inmaduras incapaces de controlar sus impulsos violentos y de integrar sus frustraciones pero puede ser difícil reconocerlos como autores del maltrato. <sup>13</sup>

Los factores desencadenantes del evento que crean las situaciones propicias, suelen ser los problemas económicos, la pérdida del empleo, las frustraciones cotidianas, un elevado porcentaje de alteraciones de la dinámica y el funcionamiento familiar, que lleva a que sean en su mayoría disfuncionales extensas, uniparentales con mala dinámica, en las que abundan las discusiones, las groserías, las críticas, los celos y otros males aún peores como el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución y la homosexualidad. <sup>7, 8</sup>

## INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL.

*En el NIÑO:*

**Indicadores de maltrato físico:** Estos niños presentan lesiones físicas de diversa índole y gravedad, bocados, moratones, quemaduras, fracturas cortas, etc., manifiestan dolencias frecuentes sin justificación aparentes, se muestran temerosos ante los adultos, a menudo reaccionan con conductas extremadamente violentas y agresivas, y con frecuencia no quieren volver a la casa. <sup>6, 15, 32</sup>

**Indicadores de abandono físico:** Presentan condiciones higiénicas deficitarias, ropas inapropiadas para la época del año, mal nutridos o con alimentación no adecuada para su edad, la atención sanitaria es inadecuada, no están vacunados conforme al calendario de vacunas, no asisten a las revisiones médicas, heridas sin curar, muestran agotamiento, se quedan dormidos en clase, no muestran interés por las actividades, presentan horarios inapropiados de sueño, alimentación, permanecen solos durante mucho tiempo, tienen ausencias a clases y conductas predelictivas. <sup>6, 4, 32</sup>

**Indicadores de maltrato emocional:** Es una de las formas de maltrato más difíciles de diagnosticar y con más repercusiones psicológicas para el menor, puesto que afecta el desarrollo integral de este, con implicación de la estructura de su personalidad, de su interacción social, de su desarrollo intelectual, incluso en el desarrollo físico. Dentro de ella encontramos bajo rendimiento escolar, retraso en el desarrollo físico e intelectual, lenguaje empobrecido, retraimiento social, intentos de suicidio, no participa en el juego de sus compañeros, presentan conductas inadecuadas para su edad, o demasiado maduras o infantiles, se muestran excesivamente exigentes, agresivos o complacientes. <sup>6, 13</sup>

**Indicadores de abandono emocional:** La dificultad para detectar este tipo de maltrato radica en la ausencia de indicadores físicos que si son manifiestos en otros tipos de maltrato como el físico o el abuso sexual. Se manifiesta con dificultad para establecer conductas de apego y proximidad emocional con los adultos, retraimiento en las relaciones interpersonales, anomalías en el desarrollo del lenguaje, retraso en el control de esfínteres, trastornos de conducta, así como trastornos emocionales. <sup>6, 13</sup>

**Indicadores de abuso sexual:** en estos casos podríamos diagnosticar una enfermedad venérea, también puede quejarse al sentarse y/o al andar sufrir picores en la zona genital, sangra o presenta moratones en la zona genital, en niñas adolescentes puede presentarse embarazo, no se relacionan con facilidad con otros compañeros, muestra conductas demasiado infantiles para su edad, presenta conductas predelictivas o se fuga a menudo, tiene muchos reparos para cambiarse de ropa delante de sus compañeros, expresa conocimiento de conductas sexuales poco apropiadas para su edad. <sup>6, 8, 13</sup>

*En los PADRES y/o CUIDADORES:*

Podríamos notar que estos no parecen preocuparse por el niño, no acuden nunca a las reuniones del colegio, desprecian y desvalorizan al niño en público, sienten a su hijo como una “propiedad”, expresan dificultades en su matrimonio, recogen y llevan al niño al colegio sin permitir contactos sociales, siempre están fuera de casa, compensan con bienes materiales la escasa relación afectiva que mantienen con sus hijos, abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas), no tratan de igual forma a los hijos, no justifican las ausencias de clase de sus hijos, justifican la disciplina rígida y autoritaria, ven al niño como malvado, ofrecen explicaciones ilógicas, no convincentes o no tienen explicación, utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño, son celosos y protegen desmesuradamente al niño. <sup>6, 13, 32</sup>

**Elementos diagnósticos. Signos y síntomas**

En el maltrato físico se observan lesiones cutáneas mucosas caracterizadas por contusiones, hematomas, excoriaciones, equimosis, heridas, quemaduras de cigarrillos, planchas u otros objetos; suelen aparecer de forma repetida y en diversos estados, lo que imposibilita ubicarlas en un evento único y fortuito, sino que apunta claramente a un hecho voluntario y repetido.<sup>8, 13, 15</sup>

Son frecuentes también las lesiones esqueléticas tales como fracturas múltiples y de diferentes localizaciones fundamentalmente en huesos largos: fémur, tibia, costillas y cráneo, que igualmente por su severidad no se corresponden con el hecho narrado. En ocasiones aparecen fracturas recientes y antiguas.<sup>8, 13, 15</sup>

Pueden aparecer lesiones viscerales que se corresponden con maltratos producidos por maniobras violentas severas; fuertes sacudidas de hombros y cuello, así como del tronco, empujones fuertes con proyección que provocan ruptura de órganos internos como el hígado, el riñón, o el bazo. Estas lesiones definen una de las nomenclaturas usadas para este hecho, el *battered syndrome*, o síndrome del niño sacudido de los franceses, que aparece desde los primeros reportes del tema.<sup>8, 13, 15</sup>

Igualmente a este grupo corresponde el trauma abdominal difuso con o sin hemorragia, ocasionado por las golpizas, o por proyecciones al ser empujados o golpeados con objetos, y comprende el 30 % del total de traumas abdominales en el niño.<sup>8, 13, 15</sup>

Finalmente debemos referirnos a las lesiones craneoencefálicas que probablemente constituyen las lesiones de mayor gravedad y son la primera causa de lesión craneoencefálica grave, y la causa más frecuente de muerte en el niño maltratado. La hemorragia retiniana, subdural y subaracnoidea, son manifestaciones frecuentes del trauma directo craneal, o de los efectos del ya descrito síndrome del niño sacudido.<sup>8, 13, 15</sup>

En el maltrato y abandono emocional, las manifestaciones no serán nunca evidentes y precisas, ni a corto ni a largo plazo como en el físico, pues las huellas del abandono y falta de atención son sutiles y se instalan lentamente, además, lesionan no solo el cuerpo, sino también el desarrollo psicológico y social del niño. Se evidenciarán a través de un retardo y alteración del crecimiento y desarrollo, trastornos en el desarrollo motor, psíquico e intelectual, trastornos en el aprendizaje, en el conducta social y emocional, dificultades para socializarse y expresarse, así como también una elevada agresividad, retraimiento, marcada susceptibilidad a enfermedades y mala evolución de las mismas.<sup>8, 13, 15</sup>

Por su parte, en el maltrato y abuso sexual los síntomas y signos sí van a estar determinados por los indicadores de trauma local, infecciones, dolor, inflamación y sangramiento en los momentos recientes de la ocurrencia y en relación directa con el grado de violencia empleado; así como también con la pérdida de la

capacidad de concentración, trastornos en la atención, cambios de comportamiento, aislamiento, mutismo, conductas presuicidas y sexualizadas cuando el hecho se hace reiterado y crónico, llegando el propio niño en ocasiones a ocultarlo con afán, como si él fuera cómplice o lo provocara, originándole un sentimiento de vergüenza y culpabilidad, que impide lo denuncie y se libere de él.<sup>8, 13, 15</sup>

La complejidad de este fenómeno no es pretexto para la pasividad, no es una fatalidad con la que hay que aprender a vivir, es una realidad socialmente transformable.<sup>8, 13, 15</sup>

Los médicos generales al igual que los pediatras, son los profesionales de la salud que están en mayor contacto con los niños, por lo que están llamados a realizar la prevención del maltrato infantil, además de establecer diagnósticos y junto con un equipo multidisciplinario colaborar en su tratamiento.

Debido a esto se requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes, por lo que se necesita de la planeación y la coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado.<sup>7</sup>

La terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres eliminando las tácticas punitivas o coercitivas y sustituyéndolas por métodos positivos más efectivos. Wolfe propone un plan de intervención y prevención cuya meta sea restablecer la integridad, así como el funcionamiento efectivo intrafamiliar, y cuyos objetivos sean:<sup>7</sup>

Adquirir destrezas en la educación de los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos.<sup>7</sup>

Promover el uso de métodos de control positivos hasta eliminar el castigo.<sup>7</sup>

Desarrollar estrategias para solucionar problemas en situaciones críticas y que sean operativas para la familia.<sup>7</sup>

Regular las respuestas violentas y el comportamiento impulsivo que lesionan a la familia.<sup>7</sup>

Promover la interacción social de los miembros de la misma, reduciendo su aislamiento físico y psicológico del resto de la comunidad. Adquirir destrezas en la educación de los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos.<sup>7</sup>

Foncerrada señala que cuando la psicodinamia familiar está muy alterada y no existen vínculos afectivos o están muy deteriorados, lo más conveniente es que el menor no regrese a su hogar por el riesgo de sufrir una

nueva agresión; pero cuando existen vínculos afectivos que en el momento se encuentran debilitados, lo ideal es tratar de preservar la integridad familiar proporcionando apoyo a la familia mediante la colaboración de otro miembro de la misma capaz de modelar los cuidados parentales; promover visitas domiciliarias por parte de personal especializado que actúe como “conciencia moral”; favorecer el contacto físico entre padre, madre e hijo; mejorar el apego afectivo, y orientar a los padres sobre las características conductuales del niño según su etapa de desarrollo. Todo lo anterior aumenta la confianza y los recursos del agresor para responder a las necesidades del niño, así como su capacidad de control para enfrentar los problemas. La combinación de la terapia individual, conyugal y de grupo contribuye a generar auto aceptación, impulsando hacia el cambio. Por su parte Maher considera que no sólo es necesario prestar atención al menor, la familia y las circunstancias que los rodean, sino también al equipo multidisciplinario profesional, su funcionamiento y su problemática, con el fin de que el sistema trabaje eficazmente y ofrezca protección infantil “sin causar el mínimo daño a la familia”; por este motivo, según Maher debe tomarse en cuenta el compromiso, preparación profesional en el manejo del maltrato infantil, la cooperación, comprensión y conocimiento profundo de la dinámica familiar. Adquirir destrezas en la educación de los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos. <sup>7</sup>

En Cuba, el Código de la Familia y el Código Penal recogen en numerosos artículos sobre los derechos del niño y los deberes de los padres y la familia, para garantizar el normal desarrollo de la infancia, quedando bien establecido las penas y sanciones para todo tipo de maltrato y violencia ejercidos sobre el niño. El Código Penal recoge en más de 10 de sus artículos, los aspectos relacionados con los delitos contra la infancia, entre los que está incluido el maltrato infantil. A su vez, nuestro sistema nacional de salud, desde la atención primaria hasta el nivel terciario, garantiza la prevención, detección, diagnóstico y conducta, el tratamiento y la rehabilitación en cada caso, con el apoyo de todos los especialistas y la comunidad. <sup>8</sup>

Nuestra sociedad es una sociedad cimentada en los principios de amor y protección a la infancia, y aunque las acciones de maltrato en nuestro medio no alcanzan los niveles de gravedad y frecuencia de otras sociedades, sí son intensamente repudiadas por la comunidad, lo que, aun así, no nos hace exentos de ellos.

8

La violencia ejercida contra un menor no tolera la expectación por parte de la sociedad, mucho menos la nuestra, donde el niño es un verdadero tesoro. Quien asiste al registro de un hecho violento ejercido contra un menor, adquiere el compromiso moral y ético de llevar a cabo las acciones necesarias para que no se repita nuevamente; pero para los que trabajamos en la atención primaria, el reto es aún mayor: prevenirlo, controlar

los factores de riesgo y evitar su aparición. Impedir que el pequeño príncipe devenga víctima, es un reto; asumámoslo.<sup>8</sup>

## **OBJETIVOS.**

### ***Generales.***

1. Describir la incidencia del maltrato infantil y el comportamiento de variables socioeconómicas en las familias correspondientes al consultorio # 22 tipo II perteneciente al área de salud del Policlínico de Venezuela en el periodo comprendido desde julio de 2010 hasta julio de 2011.

### ***Específicos.***

**1.1** Determinar la frecuencia de aparición y el tipo de maltrato infantil de acuerdo a la edad, el sexo de los niños y el sexo del agresor.

**1.2** Describir el comportamiento del estado de salud y la convivencia en los niños maltratados.

**1.3** Caracterizar a los padres o tutores de los niños maltratados según el comportamiento de la edad, nivel cultural, nivel socioeconómico, hábitos tóxicos y antecedentes de trastornos psiquiátricos en el consultorio # 22 tipo II perteneciente al área de salud del Policlínico de Venezuela

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar la frecuencia de aparición del maltrato infantil y el comportamiento de algunas características socioeconómicas de las familias correspondientes al consultorio # 22 tipo II del perteneciente al área de salud del Policlínico de Venezuela en el periodo comprendido desde julio de 2011 hasta julio de 2012.

El universo estuvo constituido por 176 niños de 0 a 18 años de la población en estudio y quedo conformada la muestra por 105 niños maltratados diagnosticados por el médico de familia y la pediatra del área en el lugar y momento descrito anteriormente.

La recolección de los datos para la información se obtuvo a partir de la revisión de historias clínicas individuales y familiares (anexo 1), así como de entrevistas y encuestas realizadas con el previo consentimiento familiar aplicado (anexo 2). El investigador mediante la labor de terreno visito el hogar y realizo entrevistas previas para tomar datos generales y explico en que consiste la encuesta (anexo 3) confeccionada según los objetivos propuestos por la investigación y aplico la misma la cual se lleno por el personal médico a cargo de esta investigación; así también se aplico un test (anexo 4) a las familias en estudio para evaluar su funcionamiento. Todos los instrumentos fueron validados por tres expertos.

### ***Operacionalización de las variables.***

Para determinar la frecuencia del maltrato se consideraron dos grupos:

*Maltratados:* los niños diagnosticados de maltrato por el médico de familia y la pediatra del área.

*No maltratados:* los niños no diagnosticados de maltrato por el médico de familia y la pediatra del área.

Se utilizó la clasificación del maltrato infantil según sus formas: <sup>8, 15</sup>

Maltrato físico.

Maltrato emocional o psicológico.

Abuso sexual.

Abandono (físico o emocional).

Negligencias.

Explotación laboral.

Edad:

*En el niño:* se agruparon los pacientes en los siguientes grupos etáreos:

0-1 años.

1-4 años.

5-9 años.

10-18 años.

*En los padres o tutores:* se estimaron dos grupos:

Menores de 20 años.

Mayores de 20 años.

Sexo: se consideraron:

*Masculino:* los pacientes con caracteres sexuales externos masculinos.

*Femenino:* los pacientes con caracteres sexuales externos femeninos

Estado de salud del niño: se consideraron dos grupos:

*No enfermos:* los niños dispensarizados en los grupos I y II.

*Enfermos:* los niños dispensarizados en los grupos III y IV.

*Grupo I. Aparentemente sano:* Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

*Grupo II. Con riesgo:* Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

*Grupo III. Enfermo:* Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o sicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En

este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.

*Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela:* Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).

#### Convivencia familiar del niño:

*Con ambos padres:* padre y madre.

*Con solo uno de los padres:* padre o madre.

*Con otros familiares:* hermanos mayores, abuelos, tíos, primos y otros grados de consanguinidad.

*Con tutor:* con uno de sus padres y madrastra o padrastro.

*Instituciones:* hogares para niños desamparados.

#### Nivel cultural: se consideraron las siguientes categorías:

*Analfabeto:* que no haya recibido ningún tipo de enseñanza educacional.

*Primaria:* hasta sexto grado terminado.

*Secundaria:* hasta noveno grado terminado.

*Preuniversitario:* hasta decimosegundo grado terminado.

*Técnico medio:* profesión estudiada y terminada en el nivel correspondiente.

*Universitario:* carrera universitaria terminada.

#### Nivel socioeconómico: se considero a partir del percápita familiar y condiciones de vida.

*Bueno:* \$50.00 o más de percápita familiar y condiciones de vida favorables.

*Regular:* \$ 25.00-\$ 49.99 de percápita familiar con algunas dificultades pero buen ambiente social e higiénico.

*Malo:* menos de \$ 25.00 de percápita familiar y/o mal ambiente social e higiénico.

Hábitos tóxicos: se considero dos grupos:

Con Hábitos tóxicos: se consideraron los pacientes dispensarizados como fumadores, consumidores de bebidas alcohólicas, de drogas y de café.

Sin Hábitos tóxicos: se consideraron los pacientes no dispensarizados como fumadores, consumidores de bebidas alcohólicas, de drogas y de café.

Habito de fumar: se consideraron los siguientes criterios:

*Fumadores:* pacientes que consumieron cigarrillos en cualquier etapa de su vida y en cualquier cantidad.

*No fumadores:* pacientes que refieren no haber consumido cigarrillos en ninguna etapa de su vida.

Ingestión de bebidas alcohólicas: se evaluaron teniendo en cuenta la dispensarización en:

*Consumidores de bebidas alcohólicas:* todo paciente dispensarizado como alcohólico.

*No consumidores de bebidas alcohólicas:* todo paciente dispensarizado como no alcohólico.

Ingestión de drogas: se evaluaron teniendo en cuenta la dispensarización en:

*Consumidores de drogas:* todo paciente dispensarizado como drogadicto por haber consumido cualquier tipo de drogas en cualquier etapa de su vida y en cualquier cantidad o presentar riesgos de adicción.

*No consumidores de drogas:* todo paciente dispensarizado como no drogadicto por no haber consumido drogas en ninguna etapa de su vida ni presentar riesgos de adicción.

Ingestión de café: se consideraron los siguientes criterios:

*Consumidores de café:* todo paciente bebedor habitual de café.

*No consumidores de café:* todo paciente bebedor ocasional de café.

Trastornos psiquiátricos:

Con trastornos: aquellos pacientes que tienen tratamiento y/o seguimiento psiquiátrico o lo necesiten.

Sin trastornos: aquellos pacientes que no tienen tratamiento y/o seguimiento psiquiátrico.

Funcionamiento familiar: para la calificación del instrumento se tomó como punto de partida el test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) la puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los

puntos por ITEMS y la escala de estos tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado que va desde 1 hasta 5.

Valores de la escala

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

En la evaluación final se clasificaran en:

Funcional: la familia que adquiera una puntuación de 70-57.

Moderadamente funcional: la familia que adquiera una puntuación de 56-43.

Disfuncional: la familia que adquiera una puntuación de 42-28.

Severamente disfuncional: la familia que adquiera una puntuación de 27-14.

El procesamiento de la información fue computacional y los resultados se llevaron a tablas, se realizó revisión y validación de la misma. Como medida de resumen se utilizó la proporción por ciento (%).

Se emitió un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**TABLA 1.** Distribución de pacientes según la frecuencia de aparición del maltrato infantil.

<i>Categoría para el maltrato.</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Maltratado.</i>	105	59.7
<i>No maltratado.</i>	71	40.3
<i>Total.</i>	176	100

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares.

Historias Clínicas Individuales.

En el análisis de la distribución de pacientes según frecuencia de aparición del maltrato infantil (Tabla 1), encontramos en el 59.7% de los niños la presencia de maltrato infantil, aunque hubo similitud entre estos datos y los alcanzados por otros autores como: Lynch M. y Cicchetti G. de la universidad de Rochester, USA que estudiaron 322 niños y el 58.3% de ellos resulto ser victima del maltrato, así como también otros autores, quienes encontraron el 59%, 47% y 46%, respectivamente, de los niños maltratados <sup>35, 36, 37, 38</sup>, debemos resaltar que no existe similitud comparado con la forma del maltrato infantil reportado en estos estudios donde producto del sistema político existente en estos países capitalistas los niños son usados como fuente de trabajo y explotación, incluso sexual, así como en el mercado de órganos lo cual no se pone de manifiesto en nuestro país por políticas trazadas por el gobierno para proteger los derechos de la infancia y castigar aquellos que transgredan la ley. En Cuba en la investigación realizada por Blanco J. se encontró violencia infantil en un 56.3% de la muestra. <sup>35</sup>

**TABLA 2.** Distribución de pacientes según la forma del maltrato infantil y edad de la víctima.

Forma del maltrato infantil	Edad.								Total.	
	0-1		1-4		5-9		10-18		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%		
<b>Físico</b>	4	3.8	9	8.5	28	26.7	16	5.3	57	4.3
<b>Emocional/Psicol</b>	—	—	5	4.8	13	2.4	7	6.6	25	3.8
<b>Sexual</b>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Abandono</b>	1	0.9	3	2.9	7	6.6	3	2.9	4	3.3
<b>Negligencia</b>	4	3.8	—	—	2	1.9	3	2.9	9	8.6
<b>Explotación lab</b>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>total</b>	9	8.5	17	16.2	50	17.6	29	7.7	105	100

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Cuando analizamos la distribución de pacientes según forma del maltrato infantil y la edad de

la víctima (Tabla 2) podemos observar que un total de 57 niños han sufrido maltrato físico para un 54.3%, seguido en frecuencia por 25 niños por maltrato psicológico/emocional para un 23.8% el abandono con 14 niños para un 13.3% y la negligencia en 9 niños para un 8.6%. consideramos que esto se deba por un lado a un Abuso de autoridad por parte paternal quienes imponen sus criterios y exigencias y por otro lado a niños con gran vitalidad que demandan una mayor atención y dedicación por parte de sus padres los cuales no asumen esta tarea. <sup>5, 8, 17</sup>

En estudios similares realizados en nuestro país por Blanco J. predomino el maltrato físico en los casos estudiados <sup>35</sup>. Por otra parte Alonso y colaboradores <sup>37</sup> encontraron que el 44.5% de los niños estudiados eran maltratados físicamente. En la investigación realizada por Muñiz y colaboradores el 56.4% expreso forma físicas de violencia sobre ellos. <sup>37</sup>

No se diagnostico abusos sexuales en este tiempo de estudio siendo esta forma de maltrato infantil una de las formas de maltrato con mayores dificultades a la hora de estudiar por otro lado la victima frecuentemente oculta la agresión por temor a ser culpado.

Es importante señalar que no se presentaron casos de explotación laboral debido al trabajo social e institucional realizado por el gobierno para defender y proteger de forma real a los pequeños.

En cuanto a la edad podemos observar que un total de 50 niños maltratados para un 47.6% se encuentra en el grupo etareo de 5 a 9 años, el grupo de 10 a 18 años le siguió en orden de frecuencia para un 27.7%, así, de 1 a 4 años con 17 niños para un 16.2%. Estos resultados coinciden con autores internacionales, los cuales

revelan que en el periodo de 6 a 11 años es donde se produce la mayor frecuencia de conducta maltratante <sup>40</sup>,  
<sup>41</sup>. Consideramos que esto tiene relación con el aprendizaje del niño que ya camina, habla, es capaz de reclamar sus decisiones y ya dejan de ser los padres o la familia la cabeza pensante en su totalidad sino que existe el enfrentamiento a un ser que comienza a querer tomar decisiones estas menores pero pueden interferir con la voluntad de los padres, y por otra parte el comienzo de la escuela y con ella nuevas actitudes en el niño.

**TABLA 3.** Distribución de pacientes según la forma del maltrato infantil y sexo de la víctima.

<b>Forma del maltrato infantil</b>	<b>Sexo.</b>				<b>Total.</b>	
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino.</b>		<b>#</b>	<b>%</b>
	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>		
<b>Físico.</b>	38	36.2	19	18.1	57	<b>54.3</b>
<b>Emocional/Psicol.</b>	19	18.1	6	5.7	25	<b>23.8</b>
<b>Sexual.</b>	—	—	—	—	—	—
<b>Abandono.</b>	6	5.7	8	7.6	14	<b>13.3</b>
<b>Negligencia.</b>	2	1.9	7	6.7	9	<b>8.6</b>
<b>Explotación lab.</b>	—	—	—	—	—	—
<b>Total.</b>	<b>65</b>	<b>61.9</b>	<b>40</b>	<b>38.1</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

En la distribución por el sexo de la víctima (tabla 3) se encontró con mayor proporción la violencia física con un 36.2%, así como violencia emocional/psicológica para un 18.1% en los varones, se aprecia una proporción bastante semejante de negligencia en los niños y niñas del estudio. En cuanto al sexo los resultados concuerdan con los obtenidos por Jiménez Macías en Camagüey donde el sexo masculino fue el más maltratado en un 85%<sup>40</sup>, no concordando con Loret de Mola Y.<sup>38</sup>, quien encontró que el sexo femenino en su investigación era el más maltratado (53.3%), así como Rostián<sup>42</sup> en Chile quien reporta un 75%, Nelson y Stein<sup>43</sup> de EE.UU. con un 66% y López<sup>44</sup> de España con 62.7%, Alonso y colaboradores<sup>36</sup> encontraron que el 44.5% de los niños maltratados físicamente el sexo femenino era el más afectado. Consideramos que esto puede deberse a los roles establecidos de forma machista en nuestra sociedad donde se le exige al niño varón limitarse de ciertos juegos y actitudes, y por el contrario se le impone a asumir otras que no están relacionadas ni con la edad ni los deseos del niño.<sup>6, 25</sup>

**TABLA 4.** Distribución de pacientes según la forma del maltrato infantil y sexo del agresor.

<i>Forma del maltrato</i>	<i>Sexo.</i>				<i>Total.</i>	
	<i>Masculino</i>		<i>Femenino.</i>			
<i>infantil</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
<i>Físico.</i>	22	21	35	33.3	57	<b>54.3</b>
<i>Emocional/Psicol.</i>	7	6.7	18	17.1	25	<b>23.8</b>
<i>Sexual.</i>	–	–	–	–	–	–
<i>Abandono.</i>	12	11.4	2	1.9	14	<b>13.3</b>
<i>Negligencia.</i>	3	2.9	6	5.7	9	<b>8.6</b>
<i>Explotación lab.</i>	–	–	–	–	–	–
<i>Total.</i>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>61</b>	<b>58</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Al analizar la distribución de pacientes según el sexo del agresor encontramos que el sexo femenino es el que con mayor frecuencia maltrata con 61 pacientes para un 58% a pesar de ser el sexo masculino con un 42% quien lo hace con mayor severidad, coincidiendo con estudios realizados por Alfonso Delis<sup>37</sup> quien encontró que el sexo femenino en su investigación fueron las personas que con mayor frecuencia perpetraron el

maltrato. Consideramos que esto se produce porque las madres son las que pasan mayor tiempo con sus hijos.

**TABLA 5.** Distribución de pacientes según el estado de salud de la víctima.

<b>Estado de salud.</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>No enfermos.</b>	<b>77</b>	<b>73.3</b>
<b>Enfermos.</b>	<b>28</b>	<b>26.7</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Cuando observamos el estado de salud de la víctima encontramos que 77 niños para un 73.3% se encuentra en grupo de los no enfermos mientras que el 26.7% presentan diferentes patologías. En este caso no coincide con la literatura, la cual plantea que es más frecuente el maltrato en niños con enfermedad o discapacidad. Consideramos que esto se debe al trabajo realizado por los profesionales de la salud en la prevención de enfermedades, su tratamiento eficaz y la búsqueda de la rehabilitación de cada paciente y por otro lado la educación cultural y sanitaria a la cual se someten estos padres y familiares en la búsqueda de un ambiente apropiado para el desarrollo de estos niños asociado a la idiosincrasia de las madres y padres cubanos de proteger a los niños enfermos.<sup>9, 17, 18</sup>

**TABLA 6.** Distribución de pacientes según la convivencia familiar de la víctima.

<b>Convivencia familiar.</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Ambos padres.</b>	<b>7</b>	<b>6.7</b>
<b>Uniparental.</b>	<b>10</b>	<b>9.5</b>
<b>Con otros familiares.</b>	<b>68</b>	<b>64.8</b>
<b>Tutor.</b>	<b>20</b>	<b>19</b>
<b>Institucional.</b>	<b>–</b>	<b>–</b>
<b>Total.</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Al analizar la distribución de pacientes según la convivencia familiar observamos que 68 niños (64.8%) conviven con otros familiares seguidos en frecuencia por 20 niños que conviven con tutores para un 19%, los que tienen convivencia uniparental con 10 niños y 7 niños que conviven con ambos padres. Consideramos

que la convivencia con ambos padres resulta en su mayoría beneficiosa en la educación de los niños porque se le brinda al niño un adecuado ambiente familiar y social <sup>6, 20</sup>. Se presentó con mayor frecuencia manifestaciones de violencia física, psicológica, negligencia y abandono emocional en los niños con padres divorciados que corresponde a estudios consultados. En Kenya en encuesta aplicada a los adultos al abandono y al descuido (21.9%) era los aspectos más comúnmente citados del maltrato a menores en familias monoparentales. En estudios realizados en países como Chile se observó que las familias numerosas eran tres veces más frecuente la aparición de maltrato infantil. <sup>38</sup>

**TABLA 7.** Distribución de pacientes según la funcionabilidad familiar.

<i>Funcionabilidad familiar.</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Funcional.</i>	27	25.7
<i>Moderadamente funcional.</i>	74	70.5
<i>Disfuncional.</i>	4	3.8
<i>Severamente disfuncional.</i>	—	—
<i>Total.</i>	105	100

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas

En la distribución de los pacientes según la funcionabilidad de la familia observamos 74 niños para un 70.5% en familias moderadamente disfuncional, 27 niños en familia funcional, 4 niños para un 3.8% en familias disfuncionales y no se detectaron casos en familias severamente disfuncionales. En todas la familias disfuncionales se detectaron manifestaciones de maltrato infantil; en la literatura internacional consultada <sup>39</sup> se aprecia una mayor proporción del maltrato infantil en las familias inestables y disfuncionales, Duany Navarro <sup>45</sup> encontró en el 31.3% de las familias disfuncionales violencia intrafamiliar. En estudios realizados por Susana Quiñones <sup>46</sup> en el 92.3% de la muestra de estudio coexistía la violencia con la disfunción familiar.

**TABLA 8.** Distribución de pacientes según edad de los padres y/o tutores.

<i>Edad.</i>	<i>Padre/Tutor.</i>		<i>Madre/Tutora.</i>		<i>Total.</i>	
	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
<i>Menor de 20 años.</i>	1	0.9	3	2.9	4	1.9
<i>Mayor de 20 años</i>	104	99.1	102	97.1	206	98
<i>Total.</i>	105	100	105	100	210	100

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Cuando distribuimos a los padres y tutores según la edad encontramos que el 99.1% de los padres y el 97.1% de las madres se encontraban por encima de los 20 años. Coincidiendo con la literatura revisada que la edad de los padres o tutores no parecía ser un factor predictivo. <sup>1, 4, 7, 8, 10, 13</sup>

**TABLA 9.** Distribución de pacientes según nivel cultural de los padres y/o tutores.

<b>Nivel cultural.</b>	<b>Padre/Tutor.</b>		<b>Madre/Tutora.</b>		<b>Total.</b>	
	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeto.</b>	–	–	–	–	–	–
<b>Primaria.</b>	8	7.6	19	18.1	27	12.9
<b>Secundaria.</b>	71	67.7	63	60	134	63.8
<b>Preuniversitario.</b>	12	11.4	17	16.2	29	13.8
<b>Técnico medio.</b>	10	9.5	4	3.8	14	6.6
<b>Universitario.</b>	4	3.8	2	1.9	6	2.9
<b>Total.</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Al observar la distribución de los pacientes según el nivel cultural de los padres (tabla # 9) encontramos en la familia con bajo nivel educacional, en primaria 27 pacientes para un 12.9% y secundaria con 64 pacientes para un 63.8% se constato una mayor frecuencia de manifestaciones de violencia física, negligencia y abandono emocional. La escasa educación, la falta de ingreso para satisfacer necesidades básicas en países como EUA, Argentina, Colombia y Kenya, incrementan el potencial de violencia física <sup>38</sup>. En la familia con padre de elevado nivel educacional se encontraron menor frecuencia de maltrato lo cual coincide con un estudio realizado por la UNICEF <sup>46</sup> en el año 2000 compensativamente con el año 1994 .Esto pudiera deberse a la mayor preparación cultural y educacional de los padres en nuestro país, que hace que tengan mayor conocimiento y preparación para enfrentar la maternidad o paternidad, para relacionarse con sus hijos, orientarlos, y brindarle una educación que nos lleve implícita el uso de métodos abusivos y si el respeto por el derecho de sus hijos.

**TABLA # 10. Distribución de pacientes según el desarrollo nivel socioeconómico.**

<b>Nivel socioeconómico.</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Bueno.</b>	7	6.7
<b>Regular.</b>	32	30.5
<b>Malo.</b>	66	62.8
<b>Total.</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Entre los pacientes que se distribuyeron según el nivel socioeconómico el grupo con mayor frecuencia de maltrato fue los que presentaban mala situación económica con 66 pacientes para un 62.8%, seguido por 32 pacientes con una situación económica regular para un 30.7% y buena situación económica con 7 pacientes para un 6.7%, considerándose el bajo nivel económico como características de riesgo para el maltrato. Esto coincide con los estudios realizados y con toda la bibliografía revisada acerca del tema <sup>1, 4, 7, 8, 10, 13</sup>. Consideramos que esto ocurre por los conflictos familiares y sociales que lleva a cabo el bajo nivel socioeconómico, donde los padres no son capaces de satisfacer sus necesidades ni la de sus hijos y en esta situación aumenta el estrés y la familia pasa a ser disfuncional, donde la agresividad se hace manifiesta. <sup>4, 8, 25</sup>

**TABLA 11.** Distribución de pacientes según hábitos tóxicos de padres y/o tutores.

<i>Hábitos tóxicos.</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Con hábitos tóxicos.</i>	1331	62.4
<i>Sin hábitos tóxicos.</i>	79	37.6
<i>Total.</i>	210	100

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

En la tabla 11 donde se distribuyeron los pacientes según la presencia de hábitos tóxicos los padres y/o tutores observamos 131 pacientes con hábitos tóxicos para un 62.4% y 79 pacientes sin hábitos tóxicos para un 37.6% coincidiendo estos con estudios realizados y la literatura revisada. Valoramos que esto se deba a que en esta población existe una tendencia a el uso de las bebidas alcohólicas fundamentalmente por parte de los hombres, lo que trae consigo una menor capacidad para entender las necesidades afectivas de sus hijos y también la responsabilidad que sobre ellos se tienen. No debemos obviar otras dependencias como café y cigarrros, pues, encontrando en esta población que el 62.8% presentan un nivel socioeconómico malo, esto limita la adquisición de tabaco y café irritando de esta forma a los dependientes por la falta de estos tóxicos, así, como la poca economía adquirida es desviada para la compra de estas sustancia tóxicas descuidando las necesidades materiales de los niños. <sup>8, 20</sup>

**TABLA 12.** Distribución de pacientes según antecedentes de trastornos psiquiátricos en padres y/o tutores.

<i>Antecedentes de trastornos psiquiátricos.</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Con antecedentes de trastornos psiquiátricos.</i>	10	9.5
<i>Sin antecedentes de trastornos psiquiátricos.</i>	95	90.5
<i>Total.</i>	105	100

**Fuente:** Historias Clínicas Familiares, Historias Clínicas Individuales, Encuestas.

Cuando distribuimos los pacientes según los antecedentes de trastornos psiquiátricos en padres y/o tutores encontramos solo 10 pacientes para un 9.5% presentando antecedentes de trastornos psiquiátricos mientras el 90.5% no lo presentan coincidiendo en la literatura revisada que refiere que a penas el 5% son sicóticos o con verdadera inadaptaciones sociales <sup>1, 4, 7, 8, 10, 13</sup>. Consideramos que esto se debe a que los pocos casos de trastornos de este tipo en los padres de los niños estudiados se encuentran con tratamiento eficaz y controlado, así como apoyo familiar y social. En nuestro estudio no realizamos una clasificación de los trastornos psiquiátricos encontrados, ya que estos, de una forma directa (maltrato físico) o indirecta (negligencia y abandono) causarían maltrato sobre los niños.

## **CONCLUSIONES**

Después de analizar los resultados obtenidos podemos concluir que la mayoría de los niños se encontraban en el grupo de los maltratados, siendo el maltrato físico el más frecuente, el grupo etareo de 5-9 años fue el más afectado, predominó el maltrato en el sexo masculino siendo el sexo femenino el que con mayor frecuencia maltrata, aparece mayor frecuencia de maltrato en niños sin enfermedades, que convivían con otros familiares, en familias moderadamente disfuncionales, con bajo nivel educacional y económico, observándose como características del agresor que la mayoría de los padres se encontraban por encima de 20 años de edad, presentaban hábitos tóxicos y solo la minoría presentaban antecedentes de trastornos psiquiátricos.

## **RECOMENDACIONES**

- Sensibilizar y educar a la población para prevenir el maltrato físico al niño.
- Capacitar al personal de salud para detectar, diagnosticar, registrar y tratar los casos interviniendo en el maltrato infantil con acciones preventivas y precoces, sobre todo, en el ámbito de la familia.
- Recomendamos por la importancia que el tema reviste para nuestra sociedad y para nuestros niños, se continúe llevando a cabo investigaciones en la Atención Primaria de Salud relacionadas con el mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Muñiz Y. Maltrato infantil en niños de la enseñanza primaria del área de salud “Luís Pasteur” [tesis]. La Habana: Universidad de la Habana; 2007.
2. Rodríguez Aguiar C, Jacobino Fernández D, Quesada Sanabria RM Violencia intrafamiliar y su relación con el maltrato infantil. Rev Cien Med Habana [serie en Internet] 2006 [citado 23 May 2008]; 12(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12\\_1\\_06/hab\\_10106.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_1_06/hab_10106.htm).
3. Maltrato infantil [página en Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; c. 2000-2008 [actualizada 25 May 2008; citado 25 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA\\_Generico\\_FA&cid=1142340490449&language=es&pageid=1160390910007&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenericoIndice&pv=1160567278204&vest=1160390910007](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142340490449&language=es&pageid=1160390910007&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1160567278204&vest=1160390910007).
4. Barreda P. Abuso infantil [página en Internet]. Chile: Masalud; c. 1995-2008 [actualizada 21 May 2008; citado 21 May 2008] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [http://www.pediatraldia.cl/pb/tvnabuso\\_inf.htm](http://www.pediatraldia.cl/pb/tvnabuso_inf.htm).
5. Romero SL. El maltrato infantil. Una práctica institucionalizada socialmente. Maltrato versus buen trato [página en Internet]. Colombia: Psicopedagogía; c.2001-2008 [actualizada 25 May 2008; citado 25 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=347>.
6. López García JJ, López Martín E, Álvarez González M. Indicadores de maltrato infantil [página en Internet]. España: Universidad Murcia; c. 1996-2008 [actualizada 25 May 2008; citado 25 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.um.es/-facpsi/maltrato/htm>.
7. Santana Tavera R, Sánchez Ahedo R, Herrera Basto E. EL maltrato infantil: un problema mundial. Rev Cien Am Lat Caribe Esp Port [serie en Internet] 1998 [citado 23 May 2008]; 40(001): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10640109.pdf>.

8. Robaina Suárez G. El maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 2001 [citado 25 May 2008]; 17(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_1\\_01/mgi11101.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_1_01/mgi11101.htm).
9. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud [monografía en Internet]. España: Asociación Española de Pediatría; c. 2002-2008 [citado 25 May 2008]. Disponible en: [http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad\\_maltrato.pdf](http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf).
10. Boix Torriente L. Factores sociales y maltrato infantil [página en Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999-2008 [actualizada 22 May 2008; citado 22 May 2008] [aprox. 18 pantallas]. Disponible en: [http://www.prevemi.sld.cu/diplomado/V\\_diplomado/trabajos\\_de\\_fin\\_diplomado/trabajo\\_final\\_leyter\\_boix\\_archivos/frame.htm](http://www.prevemi.sld.cu/diplomado/V_diplomado/trabajos_de_fin_diplomado/trabajo_final_leyter_boix_archivos/frame.htm).
11. Hernández Salas A, Venegas Corona C, Ventura Ortega JM. Maltrato infantil y su diagnóstico diferencial [página en Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999-2008 [actualizada 22 May 2008; citado 22 May 2008] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: [http://www.prevemi.sld.cu/primer\\_congreso\\_mi/mi\\_diagn\\_difer.doc](http://www.prevemi.sld.cu/primer_congreso_mi/mi_diagn_difer.doc).
12. Pereira Márquez OL. Niño sacudido: conocimiento, prácticas y peligros. [página en Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999-2008 [actualizada 22 May 2008; citado 22 May 2008] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: [http://www.prevemi.sld.cu/tema\\_de\\_actualizacion/sns-pereira.html](http://www.prevemi.sld.cu/tema_de_actualizacion/sns-pereira.html).
13. Sánchez Solorio M, Pazos González B. EL síndrome del niño maltratado [página en Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999-2008 [actualizada 22 May 2008; citado 22 May 2008] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: [http://www.prevemi.sld.cu/articulo/s\\_n\\_maltratados.html](http://www.prevemi.sld.cu/articulo/s_n_maltratados.html).
14. Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [book in Internet]. Switzerland: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006 [citado 23 May 2008]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/preventin\\_child\\_maltreatment.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/preventin_child_maltreatment.pdf).

- 15.** Fernández Cousel G, Perea Corral II J. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Ped [serie en Internet] 2004 [citado 24 May 2008]; 76(3): [aprox. 20 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312004000300009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300009&lng=es&nrm=iso).
- 16.** De Miguel M, Fernández MA. Detección precoz del maltrato infantil. Programa piloto de trabajo en red. An Sist Sanit Navar [serie en Internet] 2002 [citado 19 Oct 2005]; 25(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/testox/vol25/sup2/suple49.html>.
- 17.** Francia ME. Maltrato infantil. Un problema de todos. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 2003 [citado 24 May 2008]; 19(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://bus.sjd.cu/revistas/mgi/vol19\\_1\\_03/mgi09103.htm](http://bus.sjd.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi09103.htm).
- 18.** Hernández ER. El maltrato infantil [página en Internet]. España: Rincón Vago; c. 1998-2008 [actualizada 24 May 2008; citado 24 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/maltrato-infantil4.html>.
- 19.** ¿Qué es el maltrato infantil? La violencia contra los niños [página en Internet]. España: Vida Humana; c. 1996-2008 [actualizada 23 May 2008; citado 23 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: [www.vidahumana.org/vidafam/violence/ninos.html](http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/ninos.html).
- 20.** Barreda P. Maltrato infantil [página en Internet]. Chile: Masalud; c. 1995-2008 [actualizada 26 May 2008; citado 26 May 2008] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.pediatraldia.cl/pb/tvnmaltrato\\_inf.htm](http://www.pediatraldia.cl/pb/tvnmaltrato_inf.htm).
- 21.** Galeano F. Ayudando a aliviar el dolor [página en Internet] España: Vida Humana; c. 1996-2008 [actualizada 24 May 2008; citado 24 May 2008] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.vidahumana.org/vidafam/ayuda/dolor.html>.
- 22.** Maltrato infantil: Los golpes ocultos [monografía en Internet]. España: Asociación Española de Pediatría; c. 2002-2008 [citado 25 May 2008]. Disponible en: <http://www.aepap.org/publications/apntsam/chldabus.htm>.

- 23.** La violencia contra los niños [página en Internet]. España: Vida Humana; c. 1996-2008 [actualizada 24 May 2008; citado 24 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/ninos.html>.
- 24.** Maltrato infantil: las caras de la violencia [página en Internet]. Argentina: Bibliomed; c. 2000-2008 [actualizada 29 May 2008; citado 29 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=2962&ReturnCatID=22>.
- 25.** Oliván Gonzalvo G. Indicadores del maltrato [página en Internet]. España: Fisterra; c. 2008 [actualizada 23 May 2008; citado 23 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.aspMaltratoinfantil.htm>.
- 26.** Gutiérrez Díaz MP, Millán de las Heras MJ. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación Perjudicial. Atención primaria. Rev Ped Aten Prim [serie en Internet] 2006 [citado 22 May 2008]; 2(8): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/num08/prin08.htm>.
- 27.** Huerta Valdez T. Guía de atención a la infancia [página en Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999-2008 [actualizada 25 May 2008; citado 23 May 2008] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [http://www.prevemi.sld.cu/tema\\_de\\_actualizacion/gai-huerta.html](http://www.prevemi.sld.cu/tema_de_actualizacion/gai-huerta.html).
- 28.** ¿Cuál es Münchhausen el síndrome por poder? [página en Internet]. La Habana: Infomed; c. 1999-2008 [actualizada 22 May 2008; citado 22 May 2008] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: [http://www.prevemi.sld.cu/tema\\_de\\_actualizacion/ashermeadow/ashermeadowenes\\_pañol.htm](http://www.prevemi.sld.cu/tema_de_actualizacion/ashermeadow/ashermeadowenes_pañol.htm).
- 29.** Muñiz Ferrer MC, Jiménez García Y, Ferrer Marrero D, González Pérez J. La violencia familiar: ¿Un problema de salud? Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 1998 [citado 23 May 2008]; 14(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es) .

- 30.** Crespo Barrios AI, Fernández Couse G, Perea Corral J. Niño maltratado. Rev Cubana Ped [serie en Internet] 1996 [citado 25 May 2008]; 68(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75311996000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311996000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- 31.** Hernández González E. R. Maltrato infantil un problema de todos [página en Internet]. España: Universidad Barcelona; c. 2001-2008 [actualizada 23 May 2008; citado 23 May 2008] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/infantiñl/maltrato.shtm>.
- 32.** Barreda P. ¿Qué es el maltrato infantil? [página en Internet]. Chile: Masalud; c. 1995-2008 [actualizada 26 May 2008; citado 26 May 2008] [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.pediatraldia.cl/def-maltrato.htm>.
- 33.** Louro Bernal I. Atención familiar. En: Álvarez Sintés R, Guillermo Díaz A, Salas Mainegra I, Lemus Lago E, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de Medicina General Integral. 2da ed. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2004, p. 223-226.
- 34.** De la Cuesta Freijomil D, Pérez González E, Louro Bernal I. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 1996 [citado 28 May 2008]; 12(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-212519960001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212519960001&lng=es&nrm=iso).
- 35.** Almenarez Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez MT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 1999 [citado 28 May 2008]; 15(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- 36.** Muñiz Ferrer MC, Jiménez García Y, Ferrer Marrero D, González Pérez J, Rondon García I. Sobre la percepción de la violencia intrafamiliar por los niños. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 1996 [citado 23 May 2008]; 12(2): [aprox.

5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es).

- 37.** Alfonso Delis O. Algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio. Rev Hab Cien Med [serie en Internet] 2004 [citado 25 May 2008]; 3(9): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo\\_rev9/mfis.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev9/mfis.htm).
- 38.** Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health [serie en Internet] 2003 [citado 28 May 2008]; 57(994): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/cgi/content/full/57/12/994-a>.
- 39.** Loret de Mola Y. Comportamiento del maltrato infantil de 7-14 años en un consultorio [tesis]. Camagüey: Universidad de Camagüey, 1999.
- 40.** Artiles León JI. Violencia y sexualidad. La Habana: Científico-Técnica; 1998.
- 41.** Jiménez Macías I, de la Paz Carmona A, Portell Gutiérrez Y, Canino Méndez N. Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7-14 años en consulta de psicología. Rev Hum Med [serie en Internet] 2006 [citado 28 May 2008]; 6(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- 42.** Rostián Allel CG, Lillo M, Giugliano C, Correia Dubó G, Aldunate Noel G. Síndrome del niño maltratado. Santiago de Chile: Biblioteca Central; 1992.
- 43.** Stein M B, Walker J R, Anderson J, Hazen A, Ross C, Elridge G. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. Am Jour Psychiatry [serie en Internet] 1996 [citado 29 May 2008]; 153(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/153/2/275>.
- 44.** Fernández Couce G, Alonso Castillo A, Rodríguez Iglesia Z. Maltrato oculto en adolescentes. Rev Cubana Sal Pub [serie en Internet] 2006 [citado 28 May 2008]; 32(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- 45.** Duany Navarro A, Rabelo Pérez U. Violencia intrafamiliar en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en Internet] 2005 [citado 23 May 2008]; 21(1-2):

[aprox. 10 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- 46.** Zaruma, ME: Prevención y atención del maltrato al menor. En Maltrato infantil. Prevención y atención, Campaña por el buen trato. Memorias del Congreso de prevención y atención del maltrato infantil. Bogotá 1998.

**ANEXO 1:**

**PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**Familia :** \_\_\_\_\_.

**Datos generales del niño:**

Historia Clínica: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_.

Sexo: \_\_\_\_\_.

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_.

Antecedentes Patológicos Familiares: \_\_\_\_\_.

No. Convivientes: \_\_\_\_\_.

**Datos generales de la madre y/o tutora:**

Historia Clínica: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_.

Sexo: \_\_\_\_\_.

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_.

**Datos generales del padre y/o tutor:**

Historia Clínica: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_.

Sexo: \_\_\_\_\_.

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_.

**ANEXO 2:**

**CONSENTIMIENTO FAMILIAR.**

A través de esta misiva le informamos que su familia será sometida a un proceso de investigación médica, si ustedes lo desean, con el objetivo de profundizar en el estudio de la familia para describir la incidencia del maltrato infantil.

Rogamos que los datos que ofrezcan sean lo más fidedigno posible para procesar bien la información.

Muchas gracias.

---

*Firma del familiar.*

## **ANEXO 3:**

### **ENCUESTA.**

**Familia #:** \_\_\_\_\_.

#### **Datos generales del niño:**

Edad: \_\_\_\_\_.

Sexo: \_\_\_\_\_.

Antecedentes Patológicos Personales: \_\_\_\_\_.

Antecedentes Patológicos Familiares: \_\_\_\_\_.

#### **Relacionado con el ambiente familiar:**

1. ¿Quién convive con el niño?

- a) Solo la madre \_\_\_\_\_.
- b) Solo el padre \_\_\_\_\_.
- c) Ambos padres \_\_\_\_\_.
- d) Abuelos \_\_\_\_\_.
- e) Otros familiares \_\_\_\_\_.
- f) Tutores (padrastrros, madrastras) \_\_\_\_\_.
- g) Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_.

2. Nivel socioeconómico.

- a) ingreso en el Hogar \_\_\_\_\_.

- **Relacionado con los padres o tutores.**

3. Edad.

3.1. Edad de la madre o tutora.

a) Menos de 20 años \_\_\_\_\_.

b) Mayor de 20 años \_\_\_\_\_.

3.2. Edad del padre o tutor.

a) Menos de 20 años \_\_\_\_\_.

b) Mayor de 20 años \_\_\_\_\_.

4. Nivel educacional.

4.1 Madre o tutora.

a) Analfabeto \_\_\_\_\_.

b) Primaria terminada \_\_\_\_\_.

c) Secundaria terminada \_\_\_\_\_.

d) Preuniversitario terminado \_\_\_\_\_.

e) Universidad terminada \_\_\_\_\_.

f) Técnico medio terminado \_\_\_\_\_.

4.2 Padre o tutor.

a) Analfabeto \_\_\_\_\_.

b) Primaria terminada \_\_\_\_\_.

c) Secundaria terminada \_\_\_\_\_.

d) Preuniversitario terminado \_\_\_\_\_.

e) Universidad terminada \_\_\_\_\_.

f) Técnico medio terminado \_\_\_\_\_.

5. Vinculo laboral.

5.1 Madre o tutora.

a) Sin vinculo laboral \_\_\_\_\_.

b) Con vinculo laboral \_\_\_\_\_.

5.2 Padre o tutor.

a) Sin vinculo laboral \_\_\_\_\_.

b) Con vinculo laboral \_\_\_\_\_.

6. Hábitos tóxicos.

6.1 Madre o tutora.

a) Tabaco \_\_\_\_\_.

b) Alcohol \_\_\_\_\_.

c) Drogas \_\_\_\_\_.

d) Café \_\_\_\_\_.

e) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

6.2 Padre o tutor.

a) Tabaco \_\_\_\_\_.

b) Alcohol \_\_\_\_\_.

c) Drogas \_\_\_\_\_.

d) Café \_\_\_\_\_.

e) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

7. Total de hijos.

a) Menos de 3 \_\_\_\_\_.

b) De 3 a 5 \_\_\_\_\_.

c) Más de 5 \_\_\_\_\_.

7.1. Todos del mismo matrimonio.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

7.2. El embarazo fue planificado.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

8. Han perdido algún hijo por accidentes.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_.

9. ¿Cómo considera a su niño?

a) Agresivo \_\_\_\_\_.

b) Pasivo \_\_\_\_\_.

c) Intranquilo \_\_\_\_\_.

d) Tranquilo \_\_\_\_\_.

e) Desobediente \_\_\_\_\_.

f) Obediente \_\_\_\_\_.

g) Desordenado \_\_\_\_\_.

h) Ordenado \_\_\_\_\_.

i) Demandante \_\_\_\_\_.

j) Otras \_\_\_\_\_.

- **Relacionado con los niños.**

10. El niño ha sufrido traumatismo.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_.

10.1. El niño ha sufrido accidentes en el hogar.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_.

10.2. Ha ingerido.

a) Álcalis \_\_\_\_\_.

b) Ácidos \_\_\_\_\_.

c) Keroseno \_\_\_\_\_.

d) Medicamentos \_\_\_\_\_.

e) Venenos \_\_\_\_\_.

f) Plaguicidas y/o herbicidas \_\_\_\_\_.

g) Otras sustancias \_\_\_\_\_.

h) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_.

10.3. Ha sufrido quemaduras.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

¿Cómo sucedió? \_\_\_\_\_.

11. El niño presenta trastornos de conducta.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

c) A veces \_\_\_\_\_.

¿Cómo lo manifiesta? \_\_\_\_\_.

11.1. El niño se muestra

a) Ansioso \_\_\_\_\_.

b) Depresivo \_\_\_\_\_.

c) Desobediente \_\_\_\_\_.

- d) Agresivo \_\_\_\_\_.
- e) Retraigo y tímido \_\_\_\_\_.
- f) Dificultad en el aprendizaje \_\_\_\_\_.
- g) Poca relación con los demás niños \_\_\_\_\_.
- h) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

### 11.2. Se muestra así

- a) Siempre \_\_\_\_\_.
- b) Casi siempre \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.
- d) Casi nunca \_\_\_\_\_.
- e) Nunca \_\_\_\_\_.

### 11.3. Presenta dificultades para dormirse o del sueño.

- a) Si \_\_\_\_\_.
  - b) No \_\_\_\_\_.
  - c) A veces \_\_\_\_\_.
- ¿Cómo lo manifiesta? \_\_\_\_\_.

### 12. Sacuden al niño.

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.

#### 12.1. Lo hacen para

- a) Jugar \_\_\_\_\_.
- b) Porque esta "desmorecido" \_\_\_\_\_.
- c) Para indicarle obediencia \_\_\_\_\_.
- d) Porque no respeta \_\_\_\_\_.
- e) Porque estoy molesto(a) \_\_\_\_\_.

- f) Porque no se porta bien \_\_\_\_\_.
- g) Otras causas \_\_\_\_\_.
- h) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

13. Le dan al niño.

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.

13.1 Frente a otros.

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.

13.2 Lo hacen cuando.

- a) Se porta mal \_\_\_\_\_.
- b) No me obedece \_\_\_\_\_.
- c) Me falta el respeto \_\_\_\_\_.
- d) Le enseñó a comportarse \_\_\_\_\_.
- e) Estoy cansada(o) e insiste en algo \_\_\_\_\_.
- f) No se está tranquilo \_\_\_\_\_.
- g) Otros \_\_\_\_\_.
- h) Ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

14. Castigan al niño.

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.

14.1. Con que frecuencia lo castigan.

- a) Siempre \_\_\_\_\_.
- b) Casi siempre \_\_\_\_\_.
- c) Algunas veces \_\_\_\_\_.
- d) Pocas veces \_\_\_\_\_.
- e) Casi nunca \_\_\_\_\_.
- f) Nunca \_\_\_\_\_.

14.2. ¿Cómo lo castigan?

---

14.3. Regañan al niño frente a otras personas.

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.

14.4 Quienes regañan o castiga al niño.

- b) Solo la madre \_\_\_\_\_.
- c) Solo el padre \_\_\_\_\_.
- d) Ambos padres \_\_\_\_\_.
- e) Abuelos \_\_\_\_\_.
- f) Otros familiares \_\_\_\_\_.
- g) Tutores (padrastrros, madrastras) \_\_\_\_\_.
- h) Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_.

15. Dejan al niño solo.

- a) Si \_\_\_\_\_.
- b) No \_\_\_\_\_.
- c) A veces \_\_\_\_\_.
- ¿Por qué? \_\_\_\_\_.

16. Le gritan al niño.

a) Si \_\_\_\_\_.

b) No \_\_\_\_\_.

c) A veces \_\_\_\_\_.

¿Por qué? \_\_\_\_\_.

17. Le prohíben al niño jugar.

a) Siempre \_\_\_\_\_.

b) Casi siempre \_\_\_\_\_.

c) A veces \_\_\_\_\_.

d) Casi nunca \_\_\_\_\_.

e) Nunca \_\_\_\_\_.

¿Por qué? \_\_\_\_\_.

18. ¿Qué tiempo pasas con el niño?

18.1. Madre o tutora.

a) Todo el tiempo \_\_\_\_\_.

b) Mucho el tiempo \_\_\_\_\_.

c) El que puedo \_\_\_\_\_.

d) Varias horas al día \_\_\_\_\_.

e) Tengo poco tiempo \_\_\_\_\_.

f) Ninguno \_\_\_\_\_.

18.1. Padre o tutor.

a) Todo el tiempo \_\_\_\_\_.

b) Mucho el tiempo \_\_\_\_\_.

c) El que puedo \_\_\_\_\_.

d) Varias horas al día \_\_\_\_\_.

e) Tengo poco tiempo \_\_\_\_\_.

f) Ninguno \_\_\_\_\_.

**ANEXO 4:**

**TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL).**

**Familia #:** \_\_\_\_\_.

A continuación se presenta un grupo de situaciones que puede ocurrir en su familia o no. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

#.	Elementos a valorar.	Casi nunca.	Pocas veces.	Veces.	Muchas veces.	Casi siempre.
1.	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.	En mi casa predomina la alegría.					
3.	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.	Nos expresamos sin insinuaciones, forma clara y directa.					
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.						
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.						
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.						
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.						
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.						
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.						
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.						
14. <b>Demostramos el cariño que nos tenemos.</b>						

**Funcionabilidad familiar.**

- Funcional \_\_\_\_\_.
- Moderadamente funcional \_\_\_\_\_.
- Disfuncional \_\_\_\_\_.
- Severamente disfuncional \_\_\_\_\_.

