



**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
"José Assef Yara"
Policlínico Docente "Belkis Sotomayor "**

**Comportamiento del Maltrato Infantil en el Consultorio Médico de la
Familia 1 perteneciente al área de salud del Policlínico Docente
"Belkis Sotomayor ".**

**AUTOR: Dra. Mailyn Rodríguez Rodríguez.
Residente Segundo Año en Medicina General Integral.**

**Tesis para optar por la Especialidad en primer grado de
Medicina General Integral.**

2014



**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
"José Assef Yara"
Policlínico Docente "Belkis Sotomayor "**

Comportamiento del Maltrato Infantil en el Consultorio Médico de la Familia 1 perteneciente al área de salud del Policlínico Docente "Belkis Sotomayor ".

**AUTOR: Dra. Maily Rodríguez Rodríguez
Residente Segundo Año en Medicina General Integral.**

**TUTOR: Dra. Grisel María Alonso Gutiérrez
Especialista Primer Grado de Pediatría, Máster en Atención Integral al niño. Profesora Auxiliar.**

**ASESOR: Dra. Elaine Naranjo Díaz.
Especialista Primer grado en Medicina General Integral.**

Tesis para optar por la Especialidad en Primer grado de Medicina General Integral.

2014

PENSAMIENTO

“Lo importante no es lo que nos hace el destino sino lo que nosotros hacemos con el”

Florence Nightingale.

DEDICATORIA

“A mi hijo, a quien quiero con toda mi alma, a mi mamá por apoyarme y estar siempre a mi lado y a todas aquellas personas que de una forma u otra me han contribuido, y me han dado su ayuda incondicional para la confección de este trabajo.”

AGRADECIMIENTO

Agradezco con gran placer y orgullo a todas las personas que sin lugar a dudas, que sin ellas no hubiese logrado la confección de este trabajo, a mi tutora que sin su supervisión e incansable resistencia me ha ayudado a la confección de este trabajo.

RESUMEN

Se considera el maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar. Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de describir la incidencia del maltrato infantil en las familias afectadas correspondientes al Consultorio Médico de Familia #1 tipo 1 del Consejo Popular "Pedro Martínez Brito" del área de salud "Belkis Sotomayor", del municipio Ciego de Ávila de la provincia Ciego de Ávila en un periodo de Septiembre del 2012 a Septiembre del 2013 y se trabajó con un universo que estuvo integrado por 150 niños de 0 a 18 años correspondientes a la población ya antes mencionadas. Se recolectaron los datos a través de encuestas y entrevistas aplicadas a las familias de riesgo de maltrato infantil. Se demostró que los niños mas afectados se encuentran comprendidos entre las edades de 5-9 años del sexo masculino que en bajo nivel cultural, condiciones socio-económicas, deficientes, de los padres y/o tutores fueron unas de las principales factores desencadenantes que influyeron a presentar casos de maltrato infantil en las familias, al finalizar se cumplió con el principal objetivo de nuestra investigación: identificar el comportamiento del maltrato infantil en la población antes mencionada.

Palabra clave: Maltrato Infantil.

INDICE

<u>Contenido.</u>	<u>Página</u>
<i>Introducción</i> -----	1
<i>Marco Teórico</i> -----	3
<i>Objetivos</i> -----	22
<i>Diseño metodológico</i> -----	23
<i>Análisis y discusión de los resultados</i> -----	27
<i>Conclusiones</i> -----	32
<i>Recomendaciones</i> -----	33
<i>Bibliografías</i> -----	34
<i>Anexos</i>	

INTRODUCCION

El maltrato Infantil es tan antiguo como la humanidad, en 1946, cuando el radiólogo *John Caffev* enuncia los primeros conceptos formales al respecto, al publicar hallazgos de fracturas múltiples y hematomas subdurales en niños cuyos padres no ofrecen una explicación coherente, y lo catalogó como negligencia de los padres. Silverman en 1953 y W Evans en 1955, habían llamado la atención sobre varios componentes del síndrome, sin embargo es solo en 1962 con el artículo Kempe y Helfer "The battered child syndroms" que la profesión médica reconoce el síndrome del niño maltratado. ⁽¹⁾

Los primeros años de la vida son períodos críticos que comprometen realmente el desarrollo del niño. Desde la infancia hasta la adolescencia, el niño progresa a través de una sucesión de etapas del desarrollo. La etapa que comprende el 1er año de vida es crítica para el apego y el vínculo entre el niño y su cuidador. La autonomía y la autorregulación se vuelven objetivos durante el 2do y 3er año de vida, contribuyendo a la independencia en cuanto al lenguaje, el aseo y la comida. El inicio de la actividad escolar, que conforma también el inicio de las primeras relaciones, posibilitará que el niño desarrolle sus habilidades interpersonales necesarias para establecer relaciones sanas y satisfactorias durante la adolescencia. En niños que han sufrido abuso o negligencia existe normalmente un retraso, o a veces peor, una detención de su proceso normal de desarrollo ⁽²⁾.

El maltrato infantil es un problema complejo y son muchos los factores que influyen para que se produzcan, como pueden ser las características del niño/a, de la estructura familiar y social, de la comunidad y de la ruptura en la que los menores y los familiares están inmersos.

Según la ley se considera maltrato infantil realizado a todo menor de 18 años cuando su salud física o mental, o su seguridad, están en peligro, ya sea por acciones y omisiones llevadas a cabo por los padres u otras personas responsables de su cuidado produciéndose, entonces, el maltrato por acción, omisión o negligencia ⁽³⁾. La familia como eje central de la vida y la sociedad es la responsable del desarrollo de los niños. Contradiendo mitos, la violencia familiar existe en todas las clases sociales y provoca un grave y profundo deterioro de la misma. Es precisamente una de las instituciones sociales donde resulta más difícil identificarla porque se considera un asunto privado, y ello exacerba los sufrimientos de las víctimas que padecen en silencio. Es un fenómeno complejo, en el que actúan diversos factores culturales, políticos, sociales, económicos, étnicos y religiosos, ^(1, 4,5) y que deviene inaceptable cuando la víctima es un ser físico y síquicamente imposibilitado de su autodefensa: un niño. ⁽⁵⁾ 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. ^(1,3,5) Nuestro trabajo pretende tener como objetivos dar a conocer las causas, factores de riesgo y graves consecuencias que provocan en los niños el maltrato infantil, no solamente en lo físico sino también en el ámbito psicológico y social. Consideramos que esta

afectación se puede dar en distintos contextos, destruyendo el bienestar social y familiar.

Al realizar nuestro estudio, además de profundizar las causas y consecuencias del maltrato infantil, tanto como aprender a reconocer los niños que pueden ser víctimas de malos tratos, pretendemos que los médicos de la familia quedemos mejores preparados para enfrentar esta problemática social para detectar precozmente este síndrome y tomar conductas adecuadas con una perspectiva integradora.

Pregunta Investigativa: ¿Identificar el comportamiento del maltrato infantil en el área del consultorio médico de familia # 1 del Policlínico Belkis Sotomayor.?

Hipótesis: Diagnosticar los casos de maltrato infantil y resultara efectiva nuestra investigación cuando se eleve el conocimiento de la población en esta área.

El tema **objeto de estudio** esta concebido dentro de las líneas de investigación del sectorial de salud perteneciente Belkis Sotomayor, es importante la investigación de este trabajo en las atención primaria de salud y el perfeccionamiento de la labor intensa y diaria de los médicos de familia.

MARCO TEORICO

Hablar de violencia infantil es referirse a un tema doloroso, es hablar de una lacra de la humanidad que – a pesar de innumerables esfuerzos, propósitos y programas - no pudo ser erradicada. Una lacra aun peor que las pestes y las epidemias que luego de más de 5000 años de civilización y más de 2000 años de la era cristiana, sigue aquí, en la tierra, aferrada y creciente. Una desgracia originada y mantenida exclusivamente por los seres humanos, lo que nos hace dudar de la validez de la palabra humanidad.

La historia nos muestra que la niñez, desde siempre, fue avasallada y sus derechos conculcados o ignorados, temas que a veces desde la actividad física el deporte y la recreación, se ven como lejanos. La lista de padecimientos que les fueron y aun les son infligidos a los niños es interminable, además de ser cruel y escabrosa; cuantas veces pasa cerca de nosotros la posibilidad de ayudar y no nos damos cuenta. Desinterés y abandono, miseria e ignorancia colaboraron para sostener este estado de cosas, además de pautas culturales permisivas o decididamente crueles, por lo menos vistas desde nuestro punto de vista latinoamericano con fuerte raíz europea. Para bien o para mal - muchas veces para mal - cada país del mundo adopta y sostiene su particular visión sobre la infancia y por correlación, sobre la violencia infantil. La actitud de la humanidad respecto de la protección o desprotección de la niñez ha sido absolutamente pendular, y ha ido y aun sigue yendo desde la protección total que ofrecen los países escandinavos, hasta el abandono y la esclavización que imponen algunos países africanos.

En Inglaterra, cuna de la mayoría de los derechos humanos, los menores son civil y penalmente imputables a partir de los 10 años. Y esto tomó estado público a nivel mundial cuando hace poco tiempo, dos menores de 10 años, secuestraron en un shopping a un niño de 2 años, y luego de torturarlo con extremo sadismo, le quitaron la vida. Los niños asesinos fueron condenados judicialmente como si fuesen adultos y además recibieron la repulsa social de los ciudadanos, quienes aun hoy se oponen a la libertad condicional con que los victimarios fueron beneficiados. ⁽⁶⁾

En Brasil por otra parte, los niños, a partir de los 8 años de edad son considerados trabajadores legales y realizan aportes para su futura jubilación. Representan el 30 % de la mano obrera, sin tener en cuenta los derechos y deberes del niño. ⁽⁶⁾

Al otro lado del mundo, en la India, los niños en verdaderas hordas, mendigan por las calles y literalmente viven a la intemperie en tanto que las familias más indigentes llegan a mutilar a uno de sus hijos, generalmente el menor, para que se arrastre, provoque más compasión y obtenga mayores limosnas. ⁽⁶⁾

En Etiopía, la desastrosa miseria hace que los niños mueran de inanición por miles, cada día, las tasas de muertes infantiles aumentan a diario, se habla de explotación y corrupción de niños y adolescentes. ⁽⁶⁾

En el otro lado del péndulo podemos considerar la lamentable realidad actual, con padres que no se ocupan de sus hijos, con deficientes planes educativos, con insuficientes inexistentes proyectos de contención, con creciente mendicidad, drogadicción, violencia y delincuencia. ⁽⁶⁾

Mientras que en occidente las tasas hablan de seis fallecidos por cada 1000 nacidos vivos, en algunos países subdesarrollados se estima que uno de cada siete niños muere antes de poder contar su edad con los dedos de una mano. ⁽⁷⁾

Desde 1990, la mortalidad infantil ha disminuido en un 27% (en 2007 se registraron 68 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos), una reducción todavía insuficiente para alcanzar los Objetivos del Milenio fijados por las Naciones Unidas, que estiman como necesaria todas las poblaciones del mundo. ⁽⁷⁾

Sin embargo, tres décadas después, una bajada del 67% antes de 2015. En algunos países, la situación es especialmente catastrófica, como en las zonas centrales y occidentales de África, donde las tasas de mortalidad alcanzan los 169 fallecidos por cada 1000 nacimientos. De hecho, según las cifras de Unicef,

No suscitar tanta atención y preocupación, produce "por lo menos" el mismo daño en el niño y en su vida adulta que el causado por los abusos físicos y sexuales. Al menos el 15% de las niñas y el 5% de los niños han estado expuestos a algún tipo de abuso sexual, que va desde mostrar a los menores, material pornográfico hasta la violación, hasta la edad de 18 años. Las violaciones afectan del 5% al 10% de las niñas y del 1% al 5% de los niños. A excepción de los abusos sexuales, que son perpetrados por familiares o conocidos, la mayoría de los malos tratos son cometidos por los propios padres. Los abusos se dan más comúnmente en niños en edad escolar, aunque son los más pequeños, y más vulnerables, los que sufren un mayor número de muertes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren 155000 niños menores de 15 años como consecuencia de abusos o negligencia perpetrados por los padres biológicos, cerca del 80%, o los padrastros con un 15%.⁽⁸⁾

En Estados Unidos se reportan anualmente 1 600 000 casos de maltrato con 2 000 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. En Colombia se reporta que en el 36 % de los hogares se golpea a los niños, mientras que en Guyana el 2 % de la población infantil tiene alguna incapacidad o secuela por maltratos. 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, dejan de constituir un problema de salud a tener en cuenta, no solo por las instituciones de salud, sino por todas las etapas relacionadas con el desarrollo de la infancia. ⁽⁹⁾

La definición de maltrato implica una valoración social en relación a lo que es peligroso o inadecuado para el niño. Y aquí reside precisamente la gran dificultad para definirlo, ya que hay una falta de consenso social respecto a lo que constituyen formas de crianza peligrosas e inaceptables. Resulta difícil establecer la raya de separación entre lo que es un maltrato y lo que no lo es. ⁽¹⁰⁾

La definición de «maltrato» debe, además, tomar en cuenta, al menos, tres criterios: en primer lugar, la consideración de una acción u omisión como «maltrato» depende, en muchos casos, de la edad del niño; en segundo lugar, la situación psico-fisiológica del menor puede condicionar las consecuencias de la acción u omisión ejercidas sobre él, lo que puede conllevar un relativización de su consideración como maltrato; y, en tercer lugar, hay que tener también en cuenta que no necesariamente todos los actos de maltrato tienen por qué dejar secuelas inmediatas y visibles en el menor; esto es especialmente relevante por cuanto las consecuencias importantes de los casos de maltrato infantil no suelen ser las físicas, sino las que afectan al desarrollo del menor a medio y largo plazo. ⁽¹¹⁾

La definición más actualizada sobre el maltrato infantil :toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar.⁽¹²⁾

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 es la que se basa en la intencionalidad del daño clasificándolo en ⁽¹³⁾:

Maltrato Intencional

Maltrato no Intencional (negligencia-“accidente”).

Maltrato indeterminado. (Cuando no es posible determinar la intencionalidad).

Según las consecuencias del maltrato puede clasificarse: ⁽¹³⁾

Individual (somáticas y psicológicas).

Familiar.

Social.

Según la conducta del agresor puede tener dos variantes ⁽¹⁴⁾

El maltrato activo, que puede ser visible (golpe, 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: ⁽¹⁴⁾

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. ⁽¹⁴⁾

Maltrato crónico: Es un maltrato cultural; se produce una cadena familiar de maltrato, hay un trastorno en la transmisión de cuidados, el abuso sexual, siempre es patología crónica dentro de la familia. ⁽¹⁴⁾

Clasificación del maltrato infantil según diversos autores: ⁽¹⁵⁾

Loredo: Agresión física, Abuso sexual, Depravación emocional, Formas poco comunes: síndrome de Munchausen en niños, abuso fetal, abuso de tipo ritual o religioso, niños de la guerra y de la calle.

Martínez: Físico, Sexual, Depravación afectiva, Descuido.

Claussen: Físico, Psicológico, Negligencia.

Suárez: Físico, Psicológico, Social.

Milling: Físico, Abuso Sexual, Psicológico, Negligencia.

La Clasificación más aceptada es la realizada por el Dr. Néstor Acosta: (Los mismos se conocen como formas o tipos de maltrato infantil):

1- Maltrato físico

2- Negligencia

- 3- Maltrato emocional
- 4- Abuso sexual
- 5- Maltrato prenatal
- 6-Síndrome del niño sacudido
- 7-Síndrome del salto del gato
- 8-Síndrome de Münchausen
- 9-Síndrome de Münchausen por poderes
- 10-Síndrome de intoxicación no accidental
- 11-Síndrome de intoxicación alcohólica
- 12-Síndrome de muerte súbita en el niño

1. El maltrato físico:

Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, maestros, etc.), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas, etc. ^(10, 11,12)

2. La negligencia o abandono:

La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc. ^(10, 11,12)

3. El maltrato emocional:

Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño, éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales. ⁽¹²⁾

4. El abuso sexual:

Es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima. ⁽¹²⁾

5. Maltrato prenatal:

Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto. ⁽¹²⁾

6. Síndrome del niño sacudido:

Es el conjunto de acciones que recibe un niño al ser sacudido o cargado intencionalmente sobre una superficie que puede ser letal o dejar secuelas que evolucionan progresivamente hacia la cronicidad. ⁽¹²⁾

7. Síndrome del salto del gato:

Es la intención horrorosa de conformar la familia en particular el niño mediante un sistema acumulativo de mensajes de los medios de difusión masiva e instrumentos de entretenimientos en edades tempranas que conducen inevitablemente a la deformación de la realidad objetiva del sujeto. ⁽¹²⁾

8. El síndrome de Münchausen:

Se expresa en niños cuyos padres inventan historias de enfermedades inexistentes, falseando síntomas y signos, pasando de médico en médico, sometiéndolos a exploraciones y tratamientos innecesarios, con la posibilidad de producir iatrogenia o desarrollar una enfermedad real inducida por los padres. ⁽¹²⁾

9. Síndrome de Münchausen por poderes:

Los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. ⁽¹²⁾

10. Síndrome de intoxicación no accidental:

Es en el cual el niño recibe de un adulto dosis repetidas de sustancias o drogas tóxicas deliberadamente, con el objetivo de simular una enfermedad o calmar la intranquilidad. ⁽¹²⁾

11. Síndrome de intoxicación alcohólica:

Es en el cual el niño recibe de un adulto, dosis repetidas de sustancias alcohólicas deliberadamente ^(12.)

12. Síndrome de muerte súbita:

En el niño las causas más comunes son desconocidas incluso en las necropsias, pero lo cierto es que ponen en duda la conducta de los padres o tutores. ⁽¹²⁾

Indicadores del Maltrato Infantil:

Indicadores de conductas: el comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. En la mayoría de los casos esos indicios

no son específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores. Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que señalamos a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas: Las ausencias reiteradas a clase, el bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración, la depresión constante y/o la presencia de conductas auto-agresivas o ideas suicidas, docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos, la búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños; y las actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad ^(3,16,17).

Indicadores físicos: la alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo, persistentes falta de higiene y cuidado corporal, las marcas de castigos corporales, los accidentes frecuentes, el embarazo precoz, son factores importantes para considerar la existencia de un abuso o maltrato infantil. A menudo los niños son víctima de abuso sexual, dado su pequeño tamaño e imposibilidad de autodefensa y contrario del maltrato físico, el abuso sexual no tiene signos tan evidentes; y solo el dada su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda. Por desgracia, al observador sutil y preparado sabría reconocerlos. Por ejemplo, el comportamiento del niño puede ser un claro indicador, siempre y cuando sepa interpretarse. Los odontólogos deben estar

Alerta a los posibles signos y síntomas que puedan aparecer en la cavidad oral, como por ejemplo: la presencia de petequias en el paladar o desgarro en el frenillo labial y lingual pueden ser signos de sospecha. Existen otros signos de abuso que deben alertar al odontólogo inmediatamente cuando el niño llegue al consultorio. El menor con vestidos inapropiados para la temporada, por ejemplo una camisa de manga larga en días de verano, quizás esconda hematomas en sus brazos. Un retraso largo para emprender el tratamiento de una lesión quizás tenga como explicación múltiples heridas viejas o en fase de cicatrización ^(3,16, 17).

Los malos tratos son una experiencia traumática que produce una gran variedad de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, psicológicas e interpersonales. En la literatura aparecen una serie de trastornos psicológicos como consecuencia de esta situación. Síntomas de intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, miedo, temor, dificultades para concentrarse, depresión, suicidio, baja autoestima, falta de asertividad, conductas adictivas, problemas de salud, etc. Los cambios en los esquemas cognitivos o en las creencias básicas sobre el mundo pueden causar un gran impacto en la vida de la persona expuesta a malos tratos, afectando la manera cómo viven sus vidas, como se relacionan con la gente y con el ambiente en general. En cuanto a los trastornos relacionales, los niños sufren un embotamiento de su capacidad de respuesta ante el medio externo, una sensación de distanciamiento respecto a los demás y una constricción del afecto. Todo ello forma parte de lo que conocemos como el trauma de la infancia, que parece ser uno de los factores etiológicos cruciales en el desarrollo de un número de serios desórdenes. El trauma de la infancia es el resultado mental de un factor o suceso brusco, que se encuentra por encima de los márgenes habituales y tolerables por el paciente, y que hace que la persona se sienta temporalmente indefensa y que provoca una ruptura en sus mecanismos de defensa.

El factor o suceso del cual es víctima el paciente es siempre de origen externo, no tiene nada que ver con el perfil psicológico del mismo.^(3,16,17) No se incluye sólo como factor traumático aquel que actúa de manera brusca y repentina, sino también aquel que se produce de manera brusca pero prolongada y repetitiva, provocando un malestar anticipatorio. Ante un ambiente, gesto o acción determinados, que le recuerden el episodio, el niño puede experimentar un malestar psicológico intenso o una respuesta de tipo fisiológico (activación), con palpitaciones, xerostomía, sudoración, hiper-vigilancia, ataques de ira, entre otros. El trastorno será más grave y duradero cuando el agente estresante sea un ser humano y el efecto será mayor o menor según la intensidad y cercanía de la víctima a ese agente estresante. A este trastorno que se desarrolla después del abuso sexual y del maltrato físico se le conoce con el nombre de estrés post traumático.

El trastorno por estrés post traumático pertenece a la categoría de los trastornos de ansiedad. Consistente en un grupo de síntomas que se desarrolla, con un período de latencia variable, después de un acontecimiento que está por fuera de los márgenes usuales de la experiencia humana y que normalmente genera un sentimiento de intenso temor en la infancia.^(16,17)

Determinadas variables pueden potenciar el carácter lesivo del suceso traumático. Cuanto más cercana sea la relación entre la víctima y el agresor; si el suceso se dio dentro del hogar; y cuanto más repetitivo, crónico y reiterado sea el abuso. Surgirá un cuadro clínico cuyos síntomas serán moldeados por el desarrollo ulterior de un niño. Su evolución a largo plazo es incierta, pero existen una serie de factores que pueden tanto predisponer al niño como protegerlo, entre los que podemos mencionar: la presencia de condiciones psiquiátricas preexistentes, el grado de desarrollo cognitivo y madurez del niño, el grado y duración del acontecimiento traumático, la naturaleza del trauma, la presencia o ausencia de soporte familiar.⁽¹⁸⁾

Las causas del maltrato infantil

Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social (Wolock y Horowitz, 1984); el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores/cuidadores en relación a los menores a su cargo (Larrance, 1983); el modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres (Polansky, 1985); el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil (Crittender, 1993); y por último el modelo de afrontamiento del estrés, que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias. En la actualidad el modelo etiopatogénico que mejor explica el maltrato infantil, es el modelo integral del maltrato infantil. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este modelo factores compensatorios que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores estresores que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensatorios podría explicar la espiral de violencia

intrafamiliar que se produce en el fenómeno del maltrato infantil. Entre los factores compensatorios se señalan: armonía marital, planificación familiar, satisfacción personal, escasos sucesos vitales estresantes, intervenciones terapéuticas familiares, apego materno/paterno al hijo, apoyo social, buena condición financiera, acceso a programas sanitarios adecuados, etc. Entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de abuso, desarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padre no biológico, madre no protectora, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, etc. ⁽¹⁹⁾

Personalidad o modelo psicológico (el abuso infantil muchas veces se conjuga con la ansiedad o depresión de los padres, entre otras características como alcoholismo y drogadicción), económicas (padres desquitan sus frustraciones con los hijos, los maltratan física y psicológicamente y se ha comprobado que el maltrato infantil se presenta en familias con menores ingresos aunque se puede dar en cualquier clase social), sociales (mala comunicación entre padres e hijos, da pie a la desintegración familiar, además de conflictos de nacimiento de hijos no deseados, madres en prostitución, carencia de afecto, entre otros), emocionales (la incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas, inseguridad extrema y estilos negativos de interacción como incapacidad de socialización de los padres), historia de maltrato de los padres (es muy alto el promedio de padres agresores que sufrieron maltrato en su infancia, que además, no tuvieron instrucción para superar el problema); falta de preparación para atender a niños discapacitados ya que los niños comienzan a ser rechazados por la sociedad y sus mismos padres, que los relegan o tratan con lástima; desconocimiento de las leyes que protegen al niño como la Ley de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNA); conductas aprendidas (creer que se puede lograr disciplina a través del maltrato) ^(20,21,22).

Otras causas del maltrato infantil (23)

1) La pobreza estructural.

Con hogares y barrios marginales donde los niños se crían casi solos, sin atención o amparo individual, prácticamente en las calles y expuestos, desde muy pequeños, a todo tipo de influencias perversas.

2) La alimentación deficiente.

Producto de la pobreza o del abandono, los niños mal alimentados no desarrollan plenamente sus capacidades intelectuales y son más proclives a adoptar hábitos delincuenciales, además de contraer numerosas enfermedades.

3) La impiedad de los adultos.

Quienes guiados por mezquinas ambiciones o por conductas perversas someten a los niños sexualmente o los explotan laboralmente convirtiéndolos en los nuevos sostenes de sus hogares. Los castigan, los abandonan y los inducen a delinquir e incluso a matar, aprovechando tenebrosamente su calidad de penalmente inimputables.

4) La violencia intrafamiliar.

Atribuye gran parte del comportamiento violento o delictivo del niño a la influencia directa que recibió de un hogar desavenido o desestructurado, en el que han imperado el desacuerdo, la grosería y la violencia entre sus componentes. Generalmente con padres golpeadores o alcohólicos que viven en condiciones precarias

5) El abandono.

“Antes los padres se ocupaban mas de sus hijos” es una frase que surge constantemente cuando se investiga la violencia infantil. Y esto es cierto, o al menos, parcialmente cierto. En la actualidad se comprueba una nueva modalidad de abandono de los niños que no necesariamente tiene que ver con el desinterés o la falta de afecto, sino que se vincula con la necesidad de ambos padres de trabajar fuera del hogar, dejando a sus chicos solos y a su merced durante la mayor parte del día.

Y también se deberá considerar ese otro abandono, voluntario y deseado, que los padres justifican diciendo que sus hijos “deben hacer su propia experiencia”, que se les debe otorgar libertad de decisión y no coartar sus libertades.

6) La influencia de los medios de comunicación masiva.

Uno de los temas más polémicos a escala mundial, es el límite entre la libertad de prensa y la responsabilidad del medio que concreta cada publicación

Consecuencias (24)

La tasa de suicidios es muy elevada entre los jóvenes que han sufrido malos tratos en la infancia: algunos informes apuntan que uno de cada cinco de estos jóvenes intenta suicidarse, una cantidad que dobla a la del conjunto de la población juvenil. Los investigadores que presentaron el estudio hicieron un llamado para que se inviertan los esfuerzos necesarios en mejorar la detección de los malos tratos y su denuncia, así como en investigar la eficacia de los distintos sistemas para prevenirlos y erradicarlos. En esta tarea, explicaron, deben intervenir tanto familiares y conocidos como otros miembros que estén en contacto con los niños, como profesores y médicos, además de los servicios sociales y judiciales

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales.

La importancia, severidad y cronicidad de las estas secuelas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato.
- Características del niño (edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, habilidades sociales, etc.).
- El uso o no de la violencia física.
- Relación del niño con el agresor.
- Apoyo intrafamiliar a la víctima infantil.

- Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, psicológica y social.⁽²⁵⁾

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. Así como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicósomáticos.⁽²⁵⁾

En escolares y adolescentes encontramos: fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal.⁽²⁵⁾

Consecuencias del maltrato a niños a corto y largo plazo ⁽²⁶⁾

- Aislamiento social
- Agresividad
- Alcohol (abuso de/ dependencia)
- Alimentaria (desórdenes de la conducta)
- Ansiedad
- Aprendizaje (problemas de)
- Atención (disminución de)
- Autoconcepto (pobre)
- Autoestima (pobre)
- Concentración (disminución de la)
- Conducta (cambios de)
- Conductas (desordenes de la)
- Conductas destructivas
- Cooperación (pobre)
- Culpa (sentimientos de)
- Delincuencia (conductas delictivas)
- Depresión
- Desobediencia
- Drogas (abuso)
- Emocional (desajustes)
- Escolarización (pobre rendimiento, bajas expectativas escolares, absentismo)
- Estrés postraumático
- Hiperactividad
- Hostilidad
- Humor (cambios de)
- Impulsividad

- Miedo a la relación con las personas
- Socialización (Problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño, de socialización)
- Sueño (alteraciones del)
- Sexualidad (Conductas sexuales inapropiadas, Conductas sexuales agresivas)
- Suicidio (ideaciones, autolesiones)

Trastornos causados por maltrato infantil (27)

Afecciones de la comunicación:

- Tartamudez
- Dislalias
- Hiperrinolalias
- Tonopatías
- Disfonías
- Retraso del lenguaje

Repercusiones del maltrato en niños con trastornos de la comunicación oral:

- Psicológicas
- Pedagógicas
- Sociales

Repercusiones Psicológicas:

- Negativismo
- Retraimiento
- Aislamiento
- Baja autoestima
- Depresión
- Neurosis
- Trastornos de la personalidad

Repercusiones Pedagógicas:

- No participación en las clases por temor a hablar.
- Trastornos de la lectura y el aprendizaje.
- Rechazo a la escuela.
- Ausencia a clase.
- Trastornos de conducta en la escuela.

Repercusiones Sociales:

- Dificultades en las relaciones interpersonales.
- Pocos amigos.

- No pueden estudiar carreras que sean profesionales de la comunicación

Detección del maltrato infantil (28)

El objetivo de la detección del riesgo o propiamente del maltrato es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, en que frecuentemente ocurre en el medio intrafamiliar por lo que pasa desapercibido al profesional. Los pediatras identifican el abuso físico en niños en el 0.5% de los casos frente a las madres que informan en el 21.6% de las veces que son preguntadas por este fenómeno

Nuestros esfuerzos deberán ir encaminados a buscar la existencia de abuso en:

- La conducta del niño.
- El comportamiento de los padres.
- La exploración clínica.
- La historia social.
- Si los padres informan más casos de violencia doméstica que los pediatras se recomienda preguntar directamente sobre la existencia de violencia doméstica y de las pautas de disciplina severa en el medio familiar

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

1. No acudir a las citas concertadas.
2. Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
3. Cambios frecuentes de médicos.
4. Acudir a consulta sin motivo aparente
5. Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica. ⁽²⁸⁾

Actuación ante la detención del maltrato infantil (28)

Se realizó una primera entrevista con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no punitiva o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.
- Asegurar la confidencialidad

Si fuera necesario entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable. Nuestra actitud será de escucha. Debemos recabar información sobre:

- Estructura y dinámica familiar.

- Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda.
- Estado de salud de los convivientes. Conductas adictivas.
- Condiciones laborales y socioeconómicas.
- Apoyo de otros familiares, vecinos o servicios sociales. ⁽²⁸⁾

El examen clínico

Debe ser meticuloso y a la vez cuidadoso para no causar re-experiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario. En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos. Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, los casos de maltrato apenas se dan solos, así, menores que sufren trato negligente o abandono físico sufren también abuso emocional; o también el abandono físico está correlacionado con el abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional. ⁽²⁹⁾

Elementos diagnósticos. Signos y síntomas

En el maltrato físico se observan lesiones cutáneo-mucosas caracterizadas por contusiones, hematomas, escoriaciones, 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. 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. 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. 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. 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. 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, síquico 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. 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 pre-suicidas 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. 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. ⁽³⁰⁾

Formas de presentación

La violencia doméstica, y en particular contra el niño, existe en cualquier sociedad y provoca un grave deterioro del individuo y la familia. Es frecuentemente considerado un asunto privado, donde se exacerban los sufrimientos de la pequeña víctima que debe padecer en silencio. Tiene múltiples formas de expresión, pero todas poco evidentes para quien no piensa en ello. ⁽³¹⁾

Elementos de sospecha

Podemos comenzar a sospechar un maltrato infantil, cuando en la anamnesis se aprecia un retardo inexplicable en la consulta médica, discrepancias en el relato de ambos padres, y entre este y las características de las lesiones, explicaciones excesivas incoherentes, actitudes defensivas, o también antecedentes de lesiones inexplicables anteriores. ⁽³¹⁾ Paradójicamente con su situación actual en relación con la violencia infantil, la primera referencia que se tiene sobre una acción legal para proteger a un niño maltratado, se recoge en Estados Unidos. La pequeña *Mery Helen*, de 5 años, maltratada cruel y continuamente por sus padres adoptivos, fue llevada a los tribunales para retirarles la custodia, y al no existir una ley de protección al maltrato de los niños, su representante legal tuvo en el juicio que invocar la ley de protección animal, estableciendo que la niña pertenecía al reino animal, y que quienes tenían su custodia no podían maltratarla. De entonces acá, en todos los países existen legislaciones para proteger al niño indefenso de la crueldad de quienes tienen la obligación de velar por él. En Cuba, el Código de la Familia y el Código Penal recogen en numerosos artículos los derechos del niño y los deberes de los padres y la familia, para garantizar el normal desarrollo de la infancia, quedando bien establecidas las penas y sanciones para todo tipo de maltrato y violencia ejercidos sobre el niño. 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. 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. ⁽³²⁾

Los derechos de la niñez (33)

Las principales causas de violencia infantil que hemos mencionado, juntas o separadas, han originado, como consecuencia, una conculcación de los derechos sociales de la niñez, por lo que creo que ahora sería bueno recordar cuáles son esos derechos básicos.

- El derecho a la vida.
- El derecho a la protección especial.
- El derecho al acceso irrestricto a la educación.
- El derecho al acceso a los bienes culturales (incluyendo el deporte y la recreación).

Y también habrá que ajustar los mecanismos de la justicia, ya que según lo demuestran las estadísticas latinoamericanas, el 85% de los delitos de violencia ejercidos sobre menores queda impune. A todo esto podríamos preguntarnos ¿hasta qué edad un niño es considerado un niño?, ya hemos visto que las costumbres y las leyes del mundo son totalmente divergentes, pero parece lógico y de buen sentido común asumir que un niño es tal, hasta tanto pueda valerse por sí mismo, decidir solo, cuidarse y pedir ayuda cuando la necesite.⁽³³⁾

Prevención del maltrato infantil

La atención de los expertos ha ido desde la casi concentración en los malos tratos de tipo físico a la apertura hacia, por un lado, la comprensión de los conceptos de negligencia y de maltrato emocional, y, por otro, el problema de los abusos sexuales. También, ha habido cambios en lo que se refiere a la percepción de los maltratadores (en principio, identificados con personas con problemas psíquicos y/o pertenecientes a contextos socio-económicos muy atrasados; después, asumiendo el perfil variopinto del maltratador infantil) y en la forma de abordar los problemas (en principio, la separación del maltratado de su entorno; después, el intento de rehabilitar ese entorno).⁽³⁴⁾

Intervenciones preventivas en el maltrato infantil (34)

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). Pediatras y personal de enfermería de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo. La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato a la infancia.⁽³⁴⁾

Niveles de actuación (34)

- Prevención primaria:

Dirigida la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores:

- A. Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- B. Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos:
 - a. Cursos de preparación al parto.
 - b. Escuelas de padres u otros centros comunitarios, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- C. Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante:
 - a. La educación sexual en centros escolares.
 - b. El Programa del Niño Sano (controles de salud de los 11, 12 y 14 años realizados en atención primaria)
 - c. Facilitar recursos de planificación familiar.
- D. Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas).
- E. Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos de experiencias de confrontación padres-hijo.
- F. Utilizar "Guías Anticipadoras" para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
- G. Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia

- Prevención secundaria:

Dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores:

- A. Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor.
- B. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores).
- C. Remitir a los miembros de la familia a centro de terapia psicológica para educar en el "manejo del enfado y la ira".
- D. Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

- E. Ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
- F. Colaborar con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- G. Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida.
- H. Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano.

Efectividad de la prevención del maltrato infantil desde la Atención Primaria

No existe consenso sobre las intervenciones preventivas en el abuso infantil. En parte es debido a que el estudio de la prevención del maltrato está limitada por la complejidad del problema, la dificultad de medir las variables e interpretar los resultados, el desconocimiento de cómo interactúan las variables que determinan el riesgo y el consiguiente abuso. Además es notable la diferencia de programas que sostienen estas intervenciones, diferentes en sus niveles de actuación, sus recursos humanos y económicos, sostenidos por pequeñas evidencias que justifiquen la efectividad de estos programas

Prevención del maltrato infantil y la actuación del pediatra (35).

Estos son los que están en mayores contactos llamados a realizar la prevención del maltrato infantil, además de establecer diagnósticos y junto con un equipo multidisciplinario colaborar en su tratamiento. Los pediatras se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo (sobre todo en menores de 5 años, la población más vulnerable), a partir de esta edad los maestros comienzan a tener un papel principal en la prevención y diagnóstico

La prevención del maltrato infantil se establece en tres niveles:

Prevención Primaria: dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores del maltrato infantil

Se incluyen:

- Sensibilización y formación de profesionales de atención al menor.
- Intervenir en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación al parto).
- Intervenir en las escuelas para padres, promoviendo valores de estima hacia la infancia.
- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y asistenciales.
- Búsqueda sistemática de factores de riesgo en las consultas de niño sano. Así como evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados del niño, actitud de los padres en la aplicación del binomio autoridad-afecto.
- Intervenir en las consultas y exponer los derechos de los niños y la inconveniencia de los castigos físicos. Ofrecer la alternativa de la aplicación del castigo.
- Identificar los valores y fortalezas de los padres, reforzando su autoestima. ⁽³⁵⁾

Prevención Secundaria: dirigida a la población de riesgo con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato. Atenuar los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores

Se incluyen:

- Reconocer situaciones de maltrato infantil, estableciendo estrategias de tratamiento.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer y buscar soluciones.
- Reconocer las conductas paternas de maltrato físico o emocional, considerando la remisión de la familia a una ayuda especializada en el manejo de la ira y la frustración.
- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción al alcohol y drogas.

Prevención Terciaria: consiste en la rehabilitación del maltrato infantil, tanto para los menores víctimas como para los maltratadores. Para ello se debe disponer de un equipo interdisciplinario (pediatras, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores familiares, terapeutas, jueces de menores, cuerpos policiales, etc.)

Medidas preventivas (36)

- Transmitir conocimientos a todos los pueblos del mundo
- Luchar por lograr que los países afectados, establezcan sistema de salud y de educación que contemplen a todos los niños.
- Luchar por lograr equidad social que permita eliminar la pobreza
- Que los gobiernos traten con firmeza esta situación
- Que impere la voluntad política y la ética
- Debemos vencer por los niños, y lograr la paz.

OBJETIVOS

General:

- Describir la incidencia del maltrato infantil en las familias correspondientes al Consultorio Médico de la Familia 1, Tipo 1, del área de salud Belkis Sotomayor.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de aparición del maltrato infantil según la edad y el sexo.
- Destacar el estudio socio-demográfico según las variables: edad, nivel escolar, nivel socio-económico, hábitos tóxicos y antecedentes de trastornos psiquiátricos de padres y/o tutores.
- Identificar el funcionamiento y convivencia familiar en los hogares de los niños maltratados.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observación al descriptivo para determinar la frecuencia de aparición del maltrato infantil de las familias correspondientes al Consultorio Médico de Familia 1 tipo 1 del Consejo Popular “Pedro Martínez Brito” del área de salud “Belkis Sotomayor”, del municipio Ciego de Ávila de la provincia Ciego de Ávila en un periodo de septiembre del 2012 a septiembre del 2013.

Universo y Muestra:

El universo estuvo constituido por 150 niños de 0 a 18 años de la población en estudio y quedo conformada la muestra por 127 niños maltratados, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

La recogida de datos se obtuvo a través de revisión de historias clínicas familiares e individuales así como la aplicación de encuestas y entrevistas aplicadas con previo consentimiento familiar, también se aplicó un test (Prueba Funcional FF-sil) a las familias en estudio para evaluar su funcionamiento.

Criterios de inclusión:

- Que el grupo de niños seleccionados estuvieran en las edades comprendidas entre los 0-18 años de edad.
- Que pertenecieron al Consultorio Médico de la Familia 1, Tipo 1, del área de salud Belkis Sotomayor.
- Que se recogieran antecedentes del maltrato infantil en las historias clínicas familiares.
- Las pacientes estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que el grupo de niños seleccionados no estuvieran en las edades comprendidas entre los 0-18 años de edad.
- Que no pertenecieron al Consultorio Médico de la Familia 1, Tipo 1, del área de salud Belkis Sotomayor.
- Que no se recogieran antecedentes del maltrato infantil en las historias clínicas familiares.
- Que los pacientes no estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.

Ética y bioética

Los familias en estudio, correspondiente al Consultorio Médico de la Familia 1, Tipo 1, del área de salud Belkis Sotomayor, tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo y la inocuidad del trabajo que se realizó, que su participación fue voluntaria y una vez incorporados a dicho trabajo tuvieron la posibilidad de abandonarlo si así lo deseaban así como que su identidad no fue relevada en la investigación, también se le informó que el trabajo que se realizó constó con la aprobación previa de la vice-dirección docente del policlínico docente Belkis Sotomayor y su disposición a colaborar se plasmó en el modelo de consentimiento informado.

Los métodos que fueron aplicados durante la investigación son:

Métodos teóricos:

Análisis-síntesis: permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema

Análisis histórico-lógico: se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de la historia, por lo que se empleó para indagar sobre el maltrato infantil.

Inducción- deducción: se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético-deductivo: condujo una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos Empíricos:

La observación: mediante la misma se conoció la realidad del proceso, el nivel de conocimiento de las familias que han sido detectadas con algún tipo de maltrato infantil, además del real y necesario trabajo con los niños maltratados comprendido entre las edades de 0 a 18 años.

Para determinar la frecuencia del maltrato se consideraron dos grupos:

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

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

Se utilizó la clasificación del maltrato infantil según sus formas o tipos de maltrato infantil:

Variables conceptuales:

Edad en los niños

0-1 años

2-4 años

5-10años

11-14años

15-18años

Sexo del niño: se consideraron:

Masculino: los pacientes con caracteres sexuales externos masculinos.

Femenino: los pacientes con caracteres sexuales externos femeninos.

Edad de los padres o tutores

- Menores de 20 años
- Mayores de 20 años

Nivel cultural del padre o tutor

- Analfabeto (que no haya recibido ningún tipo de enseñanza educacional).
- Primaria (hasta 6^{to} grado terminado).
- Secundaria (hasta 9^{no} grado terminado).
- Pre-universitario (hasta 12^{mo} grado terminado)
- Técnico-medio (profesión estudiada y terminada en el nivel correspondiente).
- Universitario (carrera universitaria terminada).

Nivel socio-económico, se consideró a partir del per cápita familiar y condiciones de vida.

- Bueno \$225.00 o más.
- Regular \$100.00-\$225.00
- Malo \$100.00 o menos.

Hábitos tóxicos: Se consideran 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.
 - Hábito de fumar
 - Ingestión de bebidas alcohólicas
 - Consumidores de drogas
 - Consumidores de café

Funcionamiento familiar (Según prueba FF-SIL)

- Funcional 70 a 57 puntos
- Moderadamente funcional..... 56 a 43 puntos
- Disfuncional 42 a 28 puntos
- Severamente disfuncional 27 a 14 puntos

- ❖ Escala de valores
- Casi siempre 5
- Muchas veces..... 4
- A veces..... 3
- Pocas veces 2
- Casi nunca 1

Procesamiento de la información:

Una vez concluida la recopilación de los datos, se procedió al recuento individual de cada unidad de información, dichos datos fueron computarizados mediante el sistema de base de datos Microsoft Excel para Windows XP apoyados además por el procesador de textos Microsoft Word donde se establecieron las frecuencias en por cientos, así como las tablas y gráficos de contingencias, con la distribución percentil de las variables estudiadas, aplicándose la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon con un nivel de significación estadístico de $p < 0,05$ (95 % de certeza). Las conclusiones fueron emitidas en correspondencia con los objetivos trazados para esta investigación.

Se acotó la bibliografía según las normas de Vancouver.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes según la forma del maltrato infantil y el sexo y edad de los niños.

Forma del maltrato infantil	Edad								Total		Sexo				Total	
	0 -1		1,- 4		5,- 9		10,- 18				Masculino		Femenino			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Físico	3	2,4	13	10,2	20	15,7	9	7,08	45	35,4	24	18,9	21	16,53	45	35,43
Sexual	0	0	0	0	1	0,78	0	0	1	0,78	0	0	1	0,78	1	0,78
Emocional	5	3,9	15	11,8	20	15,7	2	1,57	42	33,1	29	22,8	13	10,23	42	33,08
Abandono-negligencia	4	3,1	3	2,36	2	1,57	4	3,14	13	10,2	8	6,29	5	3,93	13	10,23
Niños sacudidos	3	2,4	10	7,87	4	3,14	0	0	17	13,4	11	8,66	6	4,72	17	13,38
Munchausen por poder	1	0,8	2	1,57	0	0	0	0	3	2,36	2	1,57	1	0,78	3	2,36
Intoxicación no accidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intoxicación alcohólicas	0	0	2	1,57	1	0,78	3	2,36	6	4,72	5	3,93	1	0,78	6	4,72
Total	16	13	45	35,4	48	37,8	18	14,2	127	100	80	63	47	37,75	127	100

Pudimos encontrar en la **Tabla 1** que el sexo más afectado es el masculino con una muestra de 80 para un 63%, y la edad más afectada está comprendida entre los 5-9 años de edad para una muestra de 48 y un 37,8%.

Según los datos encontrados concuerdan con lo expresado por el Dr. Icarbone O. en un publicado sobre Violencia infantil: en Brasil por otra parte, los niños, a partir de los 8 años de edad son considerados trabajadores legales y realizan aportes para su futura jubilación. Representan el 30 % de la mano obrera, sin tener en cuenta los derechos y deberes del niño. ⁽⁶⁾

Al otro lado del mundo, en la India, los niños en verdaderas hordas, mendigan por las calles y literalmente viven a la intemperie en tanto que las familias más indigentes llegan a mutilar a uno de sus hijos, generalmente el menor, para que se arrastre, provoque más compasión y obtenga mayores limosnas. ⁽⁶⁾

En Etiopía, la desastrosa miseria hace que los niños mueran de inanición por miles, cada día, las tasas de muertes infantiles aumentan a diario, se habla de explotación y corrupción de niños y adolescentes. ⁽⁶⁾

Tabla 2: Distribución de pacientes según la forma del maltrato infantil, el sexo, edad y variables socio-demográficas de padres y/o tutor, madre y/o tutor.

Forma del maltrato infantil	Masculino	Femenino	Total
------------------------------------	------------------	-----------------	--------------

	#	%	#	%	#	%
Físico	45	22,7	28	14,1	73	36,8
Sexual	7	3,5	1	0,5	8	4
Emocional	28	14,1	24	12,1	52	26,2
Abandono-negligencia	16	8,08	4	2	20	10,1
Niños sacudidos	14	7,07	15	7,5	29	14,6
Munchausen por poder	1	0,5	2	1	3	1,5
intoxicación no accidental	2	1	4	2	6	3
intoxicación alcohólicas	4	2	3	1,5	7	3,5
Total	117	59	81	37	198	100
Edad.	Padre / Tutor	%	Madre/Tutora	%	#	%
menor de 20 años	3	1,5	25	12,6	28	14,1
mayor de 20 años	124	62,6	46	23,2	170	85,8
Total	127	64,1	71	35,8	198	100
Hábitos tóxicos	#	%		%		%
Con hábitos tóxicos	105	53	51	27,7	156	78,7
Sin hábitos tóxicos	27	13,6	15	7,5	42	21,2
Total	132	66,6	66	33,3	198	100
Antecedentes de trastornos psiquiátricos	#	%	#	%	#	%
Con antecedentes de trastornos psiquiátricos	9	4,5	14	7	23	11,6
Sin antecedentes de trastornos psiquiátricos	93	46,9	82	41,4	175	88,3
Total	102	51,5	96	48,4	198	100
Nivel Cultural.	Padre/ Tutor.		Madre/Tutora.		Total	
	#	%	#	%	#	%
Analfabeto	0	0	0	0	0	0
Primaria	5	3,93	0	0	5	3,93
Secundaria	49	30,7	49	38,6	88	34,6
Pre-universitario	15	11,81	23	18,1	38	15
Técnico Medio	38	37,79	29	22,8	77	30,3
Universitario	20	15,74	26	20,5	46	18,1
Total	127	100	127	100	254	100

<u>Nivel socioeconómico</u>	<u>#</u>	<u>%</u>	<u>#</u>	<u>%</u>	<u>#</u>	<u>%</u>
<u>Bueno</u>	<u>55</u>	<u>27,7</u>	<u>8</u>	<u>4</u>	<u>63</u>	<u>31,8</u>
<u>Regular</u>	<u>98</u>	<u>49,4</u>	<u>16</u>	<u>8</u>	<u>114</u>	<u>57,5</u>
<u>Malo</u>	<u>5</u>	<u>2,5</u>	<u>16</u>	<u>8</u>	<u>21</u>	<u>10,6</u>
<u>Total</u>	<u>158</u>	<u>79,7</u>	<u>40</u>	<u>20</u>	<u>198</u>	<u>100</u>

En la **Tabla 2** pudimos encontrar que el sexo agresor fundamental es el masculino con una muestra de 117 para un 59%, la edad de los padres prevalece por encima de los 20 años para una muestra de 170 para un 85,8%, con hábitos tóxicos una muestra de 105 para un 53%, la incidencia de no presentar antecedentes de trastornos psiquiátricos para una muestra de 93 para un 46,9%, el nivel medio fue la mayor muestra encontrada de los padres para un 49 de muestra y un 30,7%, y el nivel socio-económico de los mismos estuvo dado por un nivel regular lo que se comprobó con un 98 de muestra para un 49,4%.

Los resultados encontrados en la **Tabla 2** coinciden con los datos expresados por el Dr. Hernández Gonzales en su estudio el maltrato infantil: entre los factores estresores se cuentan: historia familiar de abuso, desarmonía familiar, baja autoestima, trastornos físicos y psíquicos en los padres, farmacodependencia, hijos no deseados, padre no biológico, madre no protectora, ausencia de control prenatal, desempleo, bajo nivel social y económico, promiscuidad, etc. ⁽¹⁹⁾

Coincidimos con lo expresado también por el Dr. Morante Sánchez C.A: personalidad o modelo psicológico (el abuso infantil muchas veces se conjuga con la ansiedad o depresión de los padres, entre otras características como alcoholismo y drogadicción), económicas (padres desquitan sus frustraciones con los hijos, los maltratan física y psicológicamente y se ha comprobado que el maltrato infantil se presenta en familias con menores ingresos aunque se puede dar en cualquier clase social), sociales (mala comunicación entre padres e hijos, da pie a la desintegración familiar, además de conflictos de nacimiento de hijos no deseados, madres en prostitución, carencia de afecto, entre otros), emocionales (la incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, inmadurez emocional, baja autoestima, falta de expectativas, inseguridad extrema y estilos negativos de interacción como incapacidad de socialización de los padres), historia de maltrato de los padres (es muy alto el promedio de padres agresores que sufrieron maltrato en su infancia, que además, no tuvieron instrucción para superar el problema); falta de preparación para atender a niños discapacitados ya que los niños comienzan a ser rechazados por la sociedad y sus mismos padres, que los relegan o tratan con lástima; desconocimiento de las leyes que protegen al niño como la Ley de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNA); conductas aprendidas (creer que se puede lograr disciplina a través del maltrato) ^(20,21,22).

Tabla 3: Distribución de pacientes según funcionamiento y convivencia familiar en los hogares de los niños maltratados.

Convivencia Familiar	#	%
Ambos Padres	73	36,8
Uní Parenteral	67	33,8
Con otros familiares	38	19,1
Tutor	16	8
Institucional	4	2
Total	198	100
Convivencia Familiar	#	%
Funcional	45	22,72
Moderadamente Funcional	94	47,4
Disfuncional	33	16,6
Severamente disfuncional	26	13,1
Total	198	100

Al analizar la **Tabla 3** pudimos encontrar que el mayor número de muestra encontrada fue la convivencia de ambos padres con una muestra de 73 para un 36,8%, así como se encontró una muestra de 94 familias moderadamente funcional para un 47,4%

Los datos encontrados en la **Tabla 3** concuerdan con la literatura estudiada y coincide con lo expresado por el Dr. Pozo Abreu S.M: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren 155000 niños menores de 15 años como consecuencia de abusos o negligencia perpetrados por los padres biológicos, cerca del 80%, o los padrastros con un 15%.⁽⁸⁾

En Estados Unidos se reportan anualmente 1 600 000 casos de maltrato con 2 000 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. En Colombia se reporta que en el 36 % de los hogares se golpea a los niños, mientras que en Guyana el 2 % de la población infantil tiene alguna incapacidad o secuela por maltratos. 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, dejan de constituir un problema de salud a tener en cuenta, no solo por las instituciones de salud, sino por todas las etapas relacionadas con el desarrollo de la infancia.⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

Después de analizar los datos obtenidos pudimos comprobar que el mayor número de los niños afectados por el maltrato infantil se encuentran en la edad entre 5 y 9 años, y que a ello incurre los factores de incredibilidad e idiosincrasia, el bajo nivel cultural, bajo nivel socio económico, la uni-parentabilidad y las familias con trastornos en la funcionabilidad, teniendo en cuenta la inmadurez de los padres, de los hábitos tóxicos y los malos conceptos de familia y crianza de los hijos.

RECOMENDACIONES

Sensibilizar y educar a la población para prevenir el maltrato al niño ya sea directo o indirecto.

Hacer énfasis principalmente en las familias que tienen casos encontrados de maltrato infantil.

Trabajar en función de elevar el nivel cultural de las familias, incrementar sus conocimientos en cuanto a la niñez y funcionamiento familiar.

Incorporar a la familia a grupos rehabilitadores para erradicar los malos hábitos tóxicos.

Capacitar al personal de salud para detectar, diagnosticar, registrar y tratar los casos interviniendo en el maltrato infantil, con acciones preventivas y eficaces para su erradicación.

Recomendamos por la gran importancia y el amplio marco de conocimiento que abarca este tema, exhortamos a todas aquellas personas tanto profesionales de la salud o no a que adquieran más conocimientos sobre este polémico tema y ayuden eliminar con el sufrimiento de nuestros niños.

BIBLIOGRAFÍAS

1-Pérez Fuentes G, Gonzáles Pérez. El maltrato Infantil. Violencia en el Niño. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2010[citado 5 Jun 2010];17(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000100011&lng=en&nrm=iso&ignore=.html.

2- Sassenfeld A. El Desarrollo Humano en la Psicología Jungiana. Teorías e Implicancias Clínicas [monografía].Chile: Universidad de Chile; 2009[citado 16 May 2009]. Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2009/sassenfeld_a/sources/sassenfeld_a.pdf.

3-Chapo N. El maltrato infantil. El Refugio de Espejo [página en Internet]. 2009[citado 5 Jun 2010].[aprox. 8 pantallas.]. Disponible en: http://www.el-refugioesjo.net/bib/maltrato_infantil.htm.

4- El Maltrato Infantil y los Profesionales Sanitarios. Información Dirigida a Profesionales Sanitarios. [página en Internet].2008 [citado 16 May 2010]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/asistenciavictimas/IPSILOGICA/P-MaltInf.HTM>

5- Robaina Suárez G, Rodríguez V. Comportamiento del desarrollo sicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;16(6):540-4.

6-Icarbone O. Violencia infantil[página en Internet]. 2007[actualizado 23 Ago 2001; citado 12 Ene 2010]. [aprox. 2 pantallas].Disponible en: http://www.portalfitness.com/articulos/educacion_fisica/violenciainf.htm.

7- Prevención del maltrato infantil. Más de nueve millones de niños mueren cada año en el mundo[página en Internet]. [actualizado 10 Ago 2010;citado 10 Ago

2010]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/prevemi/temas.php?idv=22279>.

8-Pozo Abreu SM. A cinco años de la creación del Comité Académico para la prevención del Maltrato Infantil (CAPMI)[pagina en Internet].La Habana: Minsap[actualizado 6 En 2010; citado 6 Mar 2010].[aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/prevemi/temas.php?idv=20892>

9. Kriz J, Morici S. The dialects of violence: analytical experience in an institution for abused children. Cuest Infanc. 2009;13:82-99.

10- Ríos Jáuregui A. Plena garantía para los derechos de la infancia en Cuba [página en Internet]. 2008[citado 6 Mar 2010]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cubaminrex.cu/cdh/61cdh/Plena%20garant%C3%ADa.htm>.

11-Wikipedia. Maltrato infantil [página en Internet]. [actualizado 6 Ago 2010; citado 6 Ago 2010].[aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Maltrato_infantil.

12- Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y Prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. Rev Pediatr Atenc Primaria[serie en Internet]. 2009[citado 6 En 2010];11(41):[aprox. 9 p.].

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100008.

13-Fernandez Cousel G, Perea Corral II J. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Ped [serie en Internet] 2008[Citado 24 de May 2008]; 76(3): [aprox.20 p].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S003475312004000300009&lng=es&nrm=iso.

14- De Miguel M, Fernández MA. Detección precoz del maltrato infantil. Programa piloto de trabajo en red. An Sist Sanit Navar [serie en internet] 2008 [citado 19 de octubre de 2009]; 25 (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/testox/vol25/susp2/suple49.html>.

15- Santana Tavira R, Sánchez Ahedo R, Herrera Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Rev Cient Am Lat Caribe Esp Port [serie en internet] [citado en May 2008]; 40 (001): [Aprox. 9 p.]. Disponible en <http://redalyc.uamex.mx/redalyc/pdf/106/10640109.pdf>.

16-Collantes M, Cueva Y, Figueroa C , Gomes R, Moreno A , Munayco E. Prevención de traumatismo dental y maltrato infantil en odontopediatría. Rev Latina Ortod Odontol[serie en Internet]. 2010[citada 9 Jul 2010]:[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art3.asp>.

17- Arredondo V, Knaak M, Lira G, Silva A, Zamora I. Maltrato Infantil. Elementos Básicos para su Comprensión [monografía en Internet]. Chile: Centro de Promoción y Apoyo a la Infancia. PAICABI; 1998[citado 16 Jun 2010].Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/7235205/Abuso-Sexual-Elementos-Para-Su-Comprension>.

18-Ferro M, Maldonado A, Montiel Y, Rivas M. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Rev Latino Ortodo Odontol[serie en Internet]. 2010[citado 9 Jul 2010]:[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art3.asp>.

19- Hernández González ER. El maltrato infantil [página en Internet]. Psicología online. 2007[citado 6 Mar 2010]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/infantil/maltrato.shtml>.

20- Morante-Sánchez CA, Kanashiro-Irakawa CA. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatol Herediana[serie en Internet]. 2009[citado 6 May 2010];19(1):[aorox. 4 p.]. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2009/vol19_n1/vol19_n1_09_art8.pdf.

21-Faraone A. Maltrato infantil y un Estudio de Caso. Uruguay: TRILCE; 2005.

22-Casado J, Días J, Martines C, Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 2008.

23- Odelin Jerez Y, Suárez Salsedo O, Pereda Valdés F, Carvajal F, Alonso Crespo G, Azahares Terreno A. Percepción del maltrato infantil. Madrid: Díaz de Santos; 2008.

24- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato infantil en la familia. Documentos 3. Valencia: Centro Reina Sofía; 2005. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf.

25--. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato infantil en la familia. Documentos 4. Valencia: Centro Reina Sofía; 2006.

26-Cerezo MA, Más E, Semón S. Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil. Valencia: Centro Reina Sofía; 2006.

27-.Román Lafont J. Accidentes en niños pequeños. ¿Maltrato infantil?. Rev Ciencias Médicas Habana[serie en Internet].2007[citado 6 May 2010];13(1):[aprox. 15 p.].Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_1_07/hab11107.htm.

28-López F. Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan los mayores, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 2007.

29 Muñoz Garrido V, De Pedro Sotelo F. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social [página en Internet]. Rev Complutense Educación [serie en Internet]. 2008[citado 6 May 2010];16(1):[aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED0505120107A.PDF>.

30-Almenares Aleaga M, Laoro Bernal I, Ortiz Gómez MT. Comportamiento de la violencia familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;15(3):285-92.

31-Acosta Fieles W. Maltrato infantil. La Habana: Pueblo y Educación; 2007.

32-Abreu S, Amador M, Borroto C, Burke B, Castellanos S. Para la vida. La Habana: Pueblo y Educación; 2009.

33-Muñoz MC, Jiménez Y, Ferrer D. Sobre la percepción de la violencia intrafamiliar por los niños. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;12(2):126-31.

34- Vega Herranz G, Mendoza Moreno D, Nurquez Gómez C, Alfonso Martínez P, Mantilla Díaz T. Prevención del maltrato infantil. Rev MediCiego[serie en Internet]. 2008[citado 6 May 2010];12(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl1_06/casos/c8_v12_supl106.html.

35-Martínez Ferrer MC, Jiménez García Y, Ferrer Marrerod, Gonzáles Pérez J. La violencia familiar, un problema de salud? Rev Cubana Med Gen Integr. 2007;14(6):

538-41.

36- Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, familia y adolescencia. Consejería de vivienda y bienestar social. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias [monografía en Internet]. 2010[citado 6 May 2010]. Disponible en: http://files.sld.cu/prevemi/files/2010/02/maltrato_infantil_guia.pdf.

37- Acosta Tiele N. Maltrato infantil. La Habana: Científico Técnica; 2008.

ANEXOS

ANEXO 2:

TEST DE PERCEPCION 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 res[puesta según la frecuencia en que la situación se presente.

#. Elementos a valorar Casi Pocas A Muchas Casi

nunca veces veces siempre

1- Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.

2- En mi casa predomina la armonía.

3- En mi casa cada uno cumple con 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 esté 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- Nos demostramos el cariño

que nos tenemos.

Funcionabilidad familiar.

Funcional_____

Moderadamente funcional_____

Disfuncional _____

Severamente disfuncional_____

ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO FAMILIAR

Familia #_____.

A través de este documento 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 fidedignos 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(Padrastros, madrastas) _____
- 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. Mas 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 _____
- c. ¿Cómo sucedió? _____

• **Relacionado con los niños**

9. El niño ha sufrido accidentes en el hogar.

- a. Si _____
- b. No _____
- c. ¿Cómo sucedió? _____

10. Ha ingerido alguna sustancia inadecuada.

- a. Si _____
- b. No _____
- c. ¿Cuál? _____

11. Ha sufrido quemaduras.

- a. Si _____
- b. No _____
- c. ¿Cómo sucedió? _____

12. Presenta las dificultades para dormirse o del sueño.

- a. Si _____
- b. No _____
- c. A veces _____
- d. ¿Cómo se manifiesta?

13. Castigan al niño.

- a. Si _____
- b. No _____
- c. Con que frecuencia _____

13.1 Frente a todos.

- 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 enseño a comportarse _____
- e. Estoy cansada(o) e insiste en algo _____
- f. No está tranquilo _____
- g. Otros _____
- h. Ninguna de las anteriores _____

14. Con que frecuencia lo castigan.

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Alguna veces
- d. Pocas veces
- e. Casi Nunca
- f. Nunca

15. Quienes regañan o castigan al niño.

- a. Solo la madre _____
- b. Solo el padre _____
- c. Ambos padres _____
- d. Abuelos _____
- e. Otros familiares _____
- f. Tutores (padrastros , madrastas) _____
- g. Ninguna de las anteriores _____

15. Dejan al niño solo.

- a. Si _____
- b. No _____
- c. Con que frecuencia _____

¿Por qué? _____

16. Le prohíben al niño jugar.

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. A veces _____
- d. Casi nunca _____
- e. Nunca _____

¿Por qué? _____

17. ¿Qué tiempo pasa con el niño?

17.1 Madre o tutora. _____

- a. Todo el tiempo _____
- b. Mucho tiempo _____
- c. El que puedo _____
- d. Varias horas al día _____
- e. Tengo poco tiempo _____
- f. Ninguno _____

17.2 Padre o tutor.

- a. Todo el tiempo _____
- b. Mucho tiempo _____
- c. El que puedo _____
- d. Varias horas al día _____
- e. Tengo poco tiempo _____
- f. Ninguno _____