

POLICLÍNICO
“JOSÉ AGUSTÍN MAS NARANJO”
PRIMERO DE ENERO

Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el policlínico “José Agustín Mas Naranjo” de Primero de Enero.

Morbidity and mortality and risk factors for child abuse in children treated at José Agustín mas Naranjo medical clinic from Primero de Enero.

José Antonio Díaz Colina (1), Mirelys Díaz Colina (2), Yulianela Socorro Ávila (3), Vismaida Bravo Málaga (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para identificar las características de la población maltratada y los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia del maltrato infantil en niños atendidos en Policlínico de Primero de Enero desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2008. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes sospechosos de maltratos. La recogida de la información se hizo a través de una encuesta semiestructurada que contenía información relacionada con los aspectos sociodemográficos, familiares, psicológicos y físicos de los niños. Como resultado se encontró predominio del sexo femenino, del grupo de edad entre 1 y 4 años, hijos de padres con relaciones de pareja conflictivas, con buen nivel educativo y socioeconómico. El 54,9% de los niños maltratados vivía con ambos padres. Hubo negligencia como forma de maltrato en el 37,3% de los casos. Las lesiones de piel y tejido celular subcutáneo ocuparon el 41,2% entre todos los tipos de maltratos. Se comprobó que la incapacidad para detectar las necesidades del menor y el alcoholismo son factores contribuyentes en la aparición del maltrato.

Palabras clave: MALTRATO A LOS NIÑOS/estadística y datos numéricos, FACTORES DE RIESGO.

1. Especialista de 2do Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente.
2. Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora.
3. Licenciada en Ciencias Alimentarias. Profesora Instructora.
4. Lic. en Defectología. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Profesora Asistente.

INTRODUCCIÓN

Mundialmente en los últimos años ha venido aumentando de manera alarmante el número de casos con diagnóstico de maltrato infantil, a consecuencia de la ola de violencia que viven muchos países, al mayor conocimiento acerca del tema por parte del equipo de salud y a presiones internacionales que promueven el cumplimiento de los derechos de los Niños (1-3).

En Cuba el maltrato infantil no constituye un problema de salud pública. Las cifras de violencia familiar no se corresponden con las tasas de incidencia que muestran otros países latinoamericanos; no obstante, el número de casos ha tenido un ligero incremento; así lo expresan los resultados publicados (4).

Teniendo en cuenta que en la provincia los estudios sobre este tema son escasos, el equipo interdisciplinario del Policlínico Comunitario José Agustín Mas Naranjo en consonancia con el

Servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Capitán “Roberto Rodríguez Fernández”, ha implementado un programa cuyo objetivo es proporcionar el buen trato para prevenir la violencia intrafamiliar, hacer diagnóstico oportuno y dar asistencia y rehabilitación a los niños maltratados y su familia.

Para ello, se diseñó un estudio de investigación que pretende identificar de manera científica los factores de riesgo, que incrementan la posibilidad de ocurrencia de casos de maltrato en la población infantil hasta los 18 años de edad, a través de la caracterización sociodemográfica de la población.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer las características de la población maltratada y los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia del maltrato infantil en los niños del Policlínico José Agustín Mas Naranjo de Primero de Enero, con el propósito de establecer propuestas de acción dirigidas a la prevención del maltrato infantil y promoción del buen trato a la infancia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo transversal en la población infantojuvenil atendida en el policlínico José Agustín Mas Naranjo de Primero de Enero, con diagnóstico de maltrato infantil. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes a los cuales se les realizó una encuesta, la que contenía información relacionada con los aspectos sociodemográficos, familiares, psicológicos y físicos de los niños. Los resultados obtenidos se analizaron en una microcomputadora bajo el programa estadístico EPI INFO versión 6.4. Los resultados obtenidos se expresan en tablas y gráficos, la medida de resumen son las distribuciones de frecuencia y los porcentajes.

RESULTADOS

Datos descriptivos de niños y niñas maltratados

En la investigación realizada a 51 niños por sospecha de maltrato se encontró que la forma intrafamiliar fue la única encontrada, no se presentó ningún caso de maltrato extrafamiliar o social. Con respecto a la distribución por sexos se encontró que el mayor porcentaje, 62,7% correspondió al sexo masculino (32/51 casos). En cuanto a la distribución por edad: 9,8% (5 casos) menores de un año, 47,1% (24) de 1-4 años, 21,6% (11 casos) de 5-9 años, 13,7% (7 casos) de 10-14 años y 7,8 (4 casos) de 15-18 (ver Gráfico No.1). En lo referente a la forma de atención: por remisión 43,1% (22 casos) mientras que por consulta directa se reportaron 29 casos (56,9%). Conformación familiar (Tabla No. 1): el 84,3% de los niños (43 casos) viven con el padre o la madre. Lo anterior se relaciona con la tipología familiar, el 54,9% corresponde a familias completas; la familia extensa se presentó en 24 casos (47,1%). En el 72,6% de los pacientes en estudio, el maltrato fue no intencional (37 casos), el 19,6% fue intencional (10 casos) e indeterminado en el 7,8% (Tabla No. 2). De la muestra en estudio, el 37,3% sufrió maltrato por negligencia de los padres, y el 29,4% (15 casos) fue víctima de maltrato físico.

En las variables de maltrato no intencional, la negligencia con sus variantes de ingestión de tóxicos, quemaduras y codo tironeado fueron las más frecuentes, y fue ésta la forma que más se apreció en la casuística. Es válido señalar que en el medio es muy frecuente la ingestión de tóxicos como cáusticos, ácidos, kerosén, medicamentos, así como las quemaduras por accidentes en el hogar, resultado de negligencia familiar al dejar al alcance de los niños estos productos.

Datos descriptivos de la madre

Escolaridad: secundaria completa 18 (35,3%), secundaria incompleta 14 madres (27,5%) y preuniversitario 11 (21,6%). Los antecedentes de adicciones sólo se presentaron en 4 casos de los cuales 2 con tranquilizantes menores y con alcohol un caso. Sólo 28 (54,9%) madres desempeñaban alguna actividad económica y el 23,5% se encuentra en el hogar. Cabe anotar que

con respecto a la historia personal del maltrato esta se reportó en 15 mujeres (29,4%). La expectativa hacia su hijo se evaluó como si la madre hubiera planteado y deseado el embarazo del hijo en el cual se está valorando el maltrato. Era deseado en 43 casos (84,3%) (Tabla No. 3). Con respecto al tipo de relación de pareja se identificó mayor frecuencia para el tipo conflictivo en 35 casos (68,6%) (Tabla No. 4).

Datos descriptivos del padre

Escolaridad: secundaria completa en 23 casos, es decir 45,1%. Secundaria incompleta 14 casos (27,5%). Primaria completa 9 casos (17,6%). Postgrado 5 casos (9,8%). Se observaron adicciones en 8 casos (15,7%), de ellos, el 87,5% fue alcoholismo. Con respecto a la actividad económica el 78,4% eran empleados. La historia personal de maltrato se evidenció en 6 padres (11,8%). Sin antecedentes de maltrato (45/51 casos) o sea el 88,2%. El hijo fue deseado en 41 casos (80,4%). La relación de pareja fue conflictiva en 27 casos (52,9%) (Tabla No. 4).

Datos descriptivos del agresor

En el 96,1% de los casos el agresor es conocido (49 casos) y en el 3,9% son desconocidos. El grupo etáreo más frecuente se encuentra entre 29 y 35 años; siendo el extremo superior 66 años. Los antecedentes de adicciones se observaron en 12 casos es decir 23,5%, siendo el alcohol el más frecuente en 8 casos correspondiente al 15,7%.

Datos descriptivos de la situación de consulta

Al examen físico del maltratado se observó con más frecuencia las lesiones en piel y tejido celular subcutáneo en 41,2% (21 casos), seguido de las intoxicaciones en 25,5% (13 casos). La severidad del daño físico fue moderado en 16 casos (31,4%) y fatal en 4 casos que equivalen al 7,8%. La agresión sexual se presentó como tocamiento en 3 casos, el 5,9% y como violación en 2 casos (3,9%) (Tabla No. 6).

Hubo 4 fallecidos lo que representó el 7,8% del total de casos estudiados (Tabla No. 7). Dos infantes murieron por maltrato no intencional, relacionado con negligencia de sus padres; uno a consecuencia de ahogamiento en fosa séptica, en los exteriores de su hogar, y el otro por accidente de tránsito, resultado de la falta de custodia. Un niño falleció por maltrato intencional a causa de golpes producidos por su padre, lo que produjo fracturas costales y lesión hepática. En el otro caso no se pudo precisar si hubo o no intención por tratarse de un preescolar que se encontró fallecido fuera de su casa, a consecuencia de asfixia por atragantamiento. La autopsia reveló que el niño tenía dos heridas cerradas por segunda intención y fracturas múltiples en el antebrazo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis descriptivo de los datos mostró una distribución por género mayor en el caso de los niños que de las niñas con un porcentaje de 62,7% de una población total de 51 casos.

Por otra parte, la distribución por edad se concentró entre 1 y 4 años en 47,1% y en niños de 5 a 9 años (21,6%), lo cual corrobora con lo que se plantea en la práctica frente a la población más vulnerable de sufrir de maltrato como son los menores en etapa preescolar y escolar (Pinilla, 2000).

Los datos sobre estrato económico mostraron que el 88,3% de los casos pertenecen al estrato II y III (56,9% y 31,4% respectivamente). Estos porcentajes sugieren que la ocurrencia del maltrato es inversamente proporcional al nivel socioeconómico y corresponde a lo encontrado por Puga, quien afirma que la pobreza es un factor de riesgo relacionado con el maltrato infantil (5). Estos datos coinciden con los reportes del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Chile, donde los padres con nivel socioeconómico deficiente fueron los responsables del 39,1%

de las lesiones físicas graves en niños de edad escolar (1). Duany Navarro y Col., en un estudio sobre maltrato infantil en un área de Santiago de Cuba, encontraron mayor porcentaje de casos en padres con bajo nivel educativo (6).

La negligencia se presentó como causa de maltrato en 19 casos y fue el tipo más frecuente. Este dato coincide con las estadísticas mundiales, quienes revelan esta modalidad en más del 50% (6, 7-9). En el presente estudio no coincide con el reporte de Pinilla, en Colombia (1), quien informa que el maltrato sexual es la causa más frecuente dentro de los diferentes tipos de maltrato.

Publicaciones nacionales (1, 4, 8, 10) y extranjeras (11-13) plantean que los niños que sufren de maltrato psicológico por negligencia de parte de los adultos, son muy temerosos y ansiosos; y toda experiencia nueva, aunque sean positivas, les provocan excitación y ansiedad desmedida.

El abuso sexual es otra forma de maltrato frecuente; en el presente estudio 3 pacientes tuvieron agresión por tocamiento de genitales, 5 presentaron lesiones ginecológicas y en 2 casos hubo violación. Este tipo de maltrato, por su naturaleza y las implicaciones legales y sociales que tiene en el niño y su familia, no es reportado ni enfrentado adecuadamente por parte de las víctimas, lo cual genera consecuencias graves en el comportamiento del abusado y contribuye al mantenimiento de la cadena de abuso sexual al igual que el riesgo de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a las relaciones de parentesco del agresor con la víctima, se conoció la alta frecuencia de hogares en que la madre resulta responsable del maltrato. Estudios poblacionales realizados en Cuba en los que se evalúa la relación entre la ocupación del agresor y el maltratado se describe que las madres amas de casas, consideradas por los miembros de la familia como jefas de núcleo, son las de mayor participación en el maltrato. Los datos obtenidos en esta investigación coinciden con los estudio realizados por Larrain, investigador de familia, quien constató que la madre o quien ocupa el rol materno ejerce mayor violencia que el padre (14).

Los datos obtenidos en cuanto a la tipología familiar concuerdan con los estudios realizados en América Latina y el Caribe, donde se ha encontrado que el padre y la madre biológicos son los que con mayor frecuencia maltratan a niños y niñas (1, 6-7, 14-15).

Existen conflictos graves en la relación de pareja en un 68,6% referido por las madres y en 52,9% referido por los padres, lo cual sugiere que en dos de cada tres hogares de niños maltratados la relación de pareja es disfuncional. Este resultado es el más significativo del estudio, lo que permite concluir que las disfunciones de pareja son un factor de riesgo de altísima probabilidad para el maltrato y por lo tanto es necesario desarrollar programas de educación e intervención terapéutica en las parejas tendientes a prevenir su ocurrencia.

Estudios previos que relacionan la morbilidad por violencia y el consumo de alcohol, plantean que el 50% de los accidentes del tránsito, 50% de los homicidios y asaltos y el 50% de los actos de violencia doméstica ocurren en individuos que practican esta toxicomanía (7, 15).

El consumo de alcohol aparece como un factor predisponente a la manifestación de violencia intrafamiliar en varios estudios nacionales (6, 15-16) y extranjeros (1, 13). En el trabajo realizado, aunque esta toxicomanía solo se presentó en ocho casos, fue junto a las crisis familiares el factor de riesgo de mayor observación.

Los niños de padres con trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias tienen un riesgo creciente para la psicopatología, incluyendo el trastorno de la conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno depresivo mayor, y los trastornos de ansiedad (1, 8, 10, 13).

La violencia familiar, el maltrato infantil y el abuso sexual son agresiones cuyas consecuencias sobre los niños y adolescentes no solo son inmediatas sino que también afectan el desarrollo y favorecen la aparición de psicopatología en la juventud y la adultez (1, 6). Por tal razón, corresponde a las instituciones sanitarias y jurídicas contribuir al conocimiento del tema, investigar esta problemática, conocer los tipos en que se presenta el maltrato, identificar los

sujetos que la viven y la sufren, de manera que halla una aproximación a la comprensión y reconocimiento del problema y se formulen estrategias de intervención encaminadas a la promoción y prevención de la salud.

CONCLUSIONES

- El 100% de los casos de maltrato fue intrafamiliar.
- Hubo predominio del sexo masculino en un grupo importante de niños.
- Predominó el grupo de edad de 1-4 años en un 47,1%.
- La consulta directa como forma de atención estuvo presente en el 56,9%.
- El 84,3% de los niños maltratados vivía con el padre o la madre.
- El 54,9% de las familias estudiadas tenían tipología completa.
- El agresor era conocido en el 96,1% de los casos.
- El maltrato no intencional se notificó en el 72,5% de los niños.
- La negligencia como forma no intencional de maltrato estuvo presente en el 37,3%.
- Las relaciones conflictivas y el consumo de alcohol estuvieron presentes en el 41,2 y 23,5% de los maltratadores.

RECOMENDACIONES

- Se debe intervenir en forma oportuna los factores de riesgo que predisponen la aparición de violencia intrafamiliar y tomar los correctivos necesarios para disminuir la morbilidad y mortalidad por maltrato infantil y de esta manera contribuir a la reducción de los costos sociales y económicos para el país, la familia y las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- A partir del conocimiento de las características de la población maltratada y los factores de riesgo que contribuyen a su presentación, se debe construir herramientas y plantear estrategias que contribuyan a la promoción del buen trato, a la prevención del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.
- Se debe brindar atención y seguimiento oportuno a los niños y niñas víctima de maltrato y a sus familias, para evitar secuelas inmediatas y a largo plazo, fomentado la composición de grupos interdisciplinario especializados en el manejo y que además, faciliten las acciones legales y de protección de las instituciones gubernamentales.
- Es importante capacitar en forma continua a todo el equipo de salud y a la comunidad en lo relacionado a la prevención, diagnóstico, asistencia y rehabilitación del maltrato infantil, haciendo énfasis en el fortalecimiento de los factores protectores.
- La promoción del buen trato, el fomento del vínculo afectivo entre padres e hijos y la divulgación de los derechos de los niños se deben constituir en las más importantes estrategias para el logro de la convivencia pacífica en la comunidad.

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was carried out to identify the maltreatment population's characteristics and risk factors that favour the child abuse in children treated in Primero de Enero medical clinic from January 1st, 2005 to December 31st, 2008. The sample consisted of 51 suspected abuses. To collect the information we used a semistructured questionnaire that had information related to children's sociodemographic aspects, family, psychological and physics. As a result it was found female predominance, from the age group between 1 and 4 years, children of parents with conflicting relationships, with good education and socioeconomic level. The 54,9% of abused children lived with their parents. There was negligence as a way of maltreatment in 37,3% of cases. Skin lesions and subcutaneous cellular tissue occupied the 41,2% within all kinds of abuse. It was demonstrated that the incapacity for detecting the child's needs and alcoholism are contributing factors in the abuse occurrence.

Keywords: CHILD ABUSE, RISKS FACTOR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinilla Moya F, Torres Jerez LM, Prada Moreno LF, Eslava Tarazona AM, Alberto Rengifo L, Espitia M. Identificación de las características de la población y los factores de riesgo para maltrato infantil en los niños y niñas atendidos en la clínica del buen trato de Colsubsidio de Bogotá. *Rev Saludarte*. 2001; 2(2): 32-43.
2. Santana Tavira R, Sánchez Ahedo R. El maltrato infantil: un problema mundial [Internet]. 2006 [citado 19 Ene 2009] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/40/401-9.html>
3. Gorita I. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe anual. México: UNICEF; 2002.
4. Plana Bouly R. Negligencia física en el niño [tesis]; Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2004.
5. Puga T. Textos de pediatría en diálogos. En: Puga T. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Bogotá: Editorial Panamericana; 2000.
6. Navarro AD, Ravelo V. Violencia intrafamiliar en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; (21):1-2.
7. Crespo Barrios AI, Cruz Álvarez Cantos I. *Maltrato en menores* [CD-ROM]. La Habana: INHEM; 2005.
8. Cruz Sánchez F, Bandera Rosell A, Gutiérrez Baró E. Conductas y factores de riesgo en la adolescencia. En: Cruz Sánchez F, Bandera Rosell A, Gutiérrez Baró E. *Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia* [Internet]. Ciudad de la Habana: MINSAP, 2002 [citado 19 Ene 2009]. Disponible en: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/colect
9. Giardino AP. Child abuse and neglect: physical abuse [Internet]. *E-medicine*; 2003 [citado 19 Ene 2009]. Disponible en: <http://e-medicine.com/S-1-9>
10. Acosta González A. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes hospitalizados por esta conducta [tesis]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; Facultad “Finlay-Albarrán”; 2003.
11. Osorio CA. *El niño maltratado*. 2a ed. México: Trillas; 2005.
12. *Maltrato de menores* [Internet]. 2003 [citado 14 Abr 2005] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.maltratoinfantil.com>
13. Child Welfare Information Gateway. Consecuencias a largo plazo del maltrato de menores [Internet]. 2006 [citado 19 Ene 2009] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long_term_consequences.cfm
14. Larraín S, Vega J. *Maltrato infantil y relaciones familiares*. Santiago de Chile: Editorial Médica; 2005.
15. Blanco Tamayo I, Salvador Álvarez S, Cobián Mena A, Bello Sánchez A. Maltrato intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN* [Internet]. 2000 [citado 19 Ene 2009]; 4(3): 30-37. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san07300.htm
16. Martínez Gómez C. Maltrato infantil. En: *Autores cubanos. Pediatría*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 105-11.

ANEXOS

Tabla No. 1. Conformación familiar.

Conformación familiar	No.	Porcentaje
Vive con madre y padre	28	54,9
Vive con el padre	3	5,9
Vive con la madre	12	23,5
Vive con parientes	6	11,8
Vive con amigos	2	3,9
Total	52	100

Fuente: Encuesta.

Gráfico No. 1. Maltrato infantil por grupos de edades

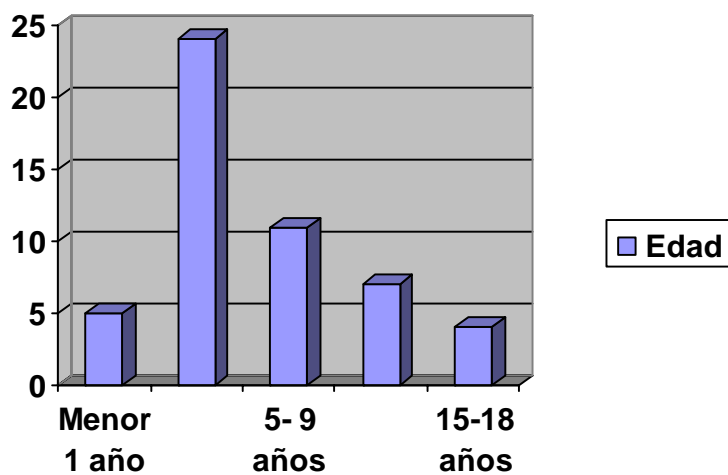


Tabla No. 2. Distribución según tipo de maltrato.

Tipo de maltrato	No.	Porcentaje
Intencional	10	19,6
No intencional	37	72,6
Indeterminado	4	7,8
Total	51	100

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 3. Características socioeconómicas de los padres.

Características sociodemográficas		Madre	Padre
Escolaridad	Primaria incompleta	-	-
	Primaria completa	8	9
	Secundaria incompleta	14	14
	Secundaria completa	18	23
	Preuniversitaria	11	-
	Universitaria	-	5
Ocupación	Trabajador	28	40
	Estudiante	11	3
	Ama de casa	12	-
	Sin ocupación	-	8
Expectativa ante el hijo	Deseado	43	41
	No deseado	8	10
Adicciones	Tranquilizantes mayores	1	-
	Tranquilizantes menores	2	1
	Alcohol	1	7
	Otros	-	-

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 4. Distribución de diagnósticos sociales.

Diagnóstico social	No.	Porcentaje
Conflicto relación de pareja	21	41,2
Conflicto paterno filiar	3	5,9
Conflictos filiales	4	7,8
Desintegración familiar	8	15,7
Familias incompletas	7	13,7
Problemas de grupo familiar	13	25,5

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 5. Distribución de los factores de riesgo evaluados.

Factores de riesgo	No.	Porcentaje
Privación psico-afectiva	6	11,8
Percepción negativa del niño(a)	2	3,9
Crisis familiares	10	19,6
Aislamiento de los sistemas de apoyo	4	7,8
Abuso de alcohol y/o drogas	12	23,5
Violencia aceptada	3	5,9
Padres adolescentes	1	1,9
Deterioro físico/mental de los padres	5	9,8
Incapacidad para detectar necesidades del menor	17	33,3
Rechazo a las características del menor	2	3,9

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 6. Distribución según características del maltrato.

Características del maltrato	No.	Porcentaje
Quemaduras	2	3,9
Lesiones de piel y tejido celular subcutáneo	21	41,2
Lesiones óseas	3	5,9
Intoxicaciones	13	25,5
Agresión sexual por tocamiento de los genitales	3	5,9
Lesiones ginecológicas	3	5,9
Violación	2	3,9
Abandono	4	7,9

Fuente: Encuesta.

Tabla No. No. 7. Fallecidos según intención.

Fallecidos	No.	Porcentaje
Maltrato intencional	1	1,9
Maltrato no intencional	2	3,9
Maltrato indeterminado	1	1,9
Total	4	7,8

Fuente: Encuesta.