

PERFIL FAMILIAR Y DEL CUIDADOR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS Y
ADOLESCENTES CON MALTRATO INFANTIL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.

INVESTIGADORES

EDNA BUSTAMANTE GÓMEZ

CLAUDIA PATRICIA CASTILLA PEÑA

MARGARETH DONADO VEGA

NORA ESTER PEDROZA MENDOZA

DEISY MARÍA VÉLEZ JIMÉNEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA (O)

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTAGENA

2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios por regalarnos la sabiduría y la salud para poder realizar satisfactoriamente esta investigación

A nuestros padres por su gran esfuerzo, apoyo y confianza para hacer posible este logro

A nuestros docentes: Edna Gómez, Rosana López, Carmen Díaz, Irma Castillo y demás docentes de área por su orientación y apoyo

A nuestros amigos y familiares por acompañarnos permanentemente en todo el proceso

Tabla de Contenido

	Pág.
Lista de tablas	4
Lista de anexos	5
Resumen	6
1. Introducción	7
2. Planteamiento Del Problema	8
3. Objetivos	11
4. Marco Teórico	12
5. Metodología	17
6. Resultados	22
7. Discusión	24
8. Conclusiones	28
9. Recomendaciones	29
Bibliografía	
Anexos	

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Características de la familia	34
Tabla 2. Variables cualitativas de las familias	35
Tabla 3. Características del cuidador principal	35
Tabla 4. Características del cuidado brindado a niños(as) y adolescentes con maltrato infantil.	36
Tabla 5. Antecedentes de Maltrato y Salud Mental de los Cuidadores	36

Lista Tabla de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Tablas de Resultados	34
Anexo 2. Encuesta Sociodemografica	37
Anexo 3. Consentimiento Informado	41
Anexo 4. Apgar Familiar	42
Anexo 5. Escala Faces III Family Adaptation And Cohesion Scales	43
Anexo 6. Escala de salud general GHQ 12	44

RESUMEN

Se estima que más de 40 millones de niños y niñas sufren de diversas formas de violencia en el mundo, llegando a generar en esta población consecuencias que van desde lo físico hasta lo social y que cada vez se hacen más graves e irremediables. Es por ello que se necesita de investigaciones por parte de todas las áreas involucradas en el manejo y resolución de este problema, que indaguen y dejen ver todos los componentes que lo pueden estar causando.

ABSTRACT

It is estimated that more than 40 million children suffer from various forms of violence in the world, generating in this population consequences ranging from the physical to the social and increasingly become more severe and irreparable. That is why research is needed on the part of all areas involved in managing and resolving this issue, investigating and let see all the components that may be causing.

OBJETIVO: Determinar el perfil familiar y del cuidador de los niños y niñas y adolescentes con maltrato infantil de la ciudad de Cartagena.

MÉTODO: Estudio descriptivo, con una población de 260 familias de la ciudad de Cartagena de las cuales se tomo una muestra de 170. Se empleo un muestreo estratificado y se aplicó una encuesta sociodemográfica, el Apgar familiar, el FACES III y el Cuestionario de Salud General (GHQ-12). Los datos fueron almacenados y procesados en el programa Microsoft Excel Vista® del cual se obtuvieron tablas y gráficas para el mejor análisis.

RESULTADOS: las familias son de estrato socioeconómico 1, son extensas y se conforman entre 4 y 6 miembros, predomina la unión libre como estado civil de la pareja, se perciben como funcionales, su cohesión es relacionada y su adaptabilidad es caótica.

Los cuidadores presentan antecedentes de maltrato, predominando el físico, y en su mayoría se puede decir que presentan trastornos mentales de tipo no psicótico.

CONCLUSIÓN: En el perfil familiar y del cuidador de niños(as) y adolescentes con maltrato infantil se observan diferentes características individuales, familiares, y sociodemográficas, las cuales se presentan como factores predominantes para la presencia del maltrato.

PALABRAS CLAVES: Maltrato/Familia/Padres/Características.

KEYWORDS: Abuse / Family / Parents / Features.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es conocido como todo acto que atenta contra el desarrollo de la salud del niño, no solo física sino también emocional e intelectualmente, por tanto es considerado como una problemática mundial, y a su vez ha generado diversas interpretaciones acerca de su origen, donde se infiere que aspectos como el personal, familiar, laboral, social, entre otros, mantienen una estrecha relación con su causalidad. Es precisamente este criterio el que permite el surgimiento de los diferentes interrogantes, y con estos la iniciativa en la elaboración de estudios que faciliten el establecimiento de características básicas de este tipo de maltrato.

El maltrato infantil puede darse en diferentes contextos, sin embargo el núcleo familiar con el transcurrir de los tiempos se ha constituido como el principal y más usual escenario en donde se llevan a cabo las acciones que atentan contra la integridad de los niños, niñas y adolescentes, haciéndolos aun más vulnerables a esta situación; además las características que rodean a las familias han tomado un nivel de importancia elevado en el estudio de esta problemática que se consideran como una de las bases para el desarrollo y ejecución de esta. En conjunto con las características de la familia encontramos las del cuidador principal la cuales denotan gran importancia ya que esta es la persona que dedica la mayor parte de su tiempo a el cuidado de los niños, niñas y adolescentes, interactuando de forma directa y constante, lo cual aumenta las posibilidades que se involucre en el desarrollo del maltrato.

Todos estos aspectos han sido implicados dentro de la dinámica del maltrato, originando diversas y desafortunadas consecuencias para la vida de la población infantil y adolescente, lo que le agrega interés al estudio de esta problemática en cuanto al establecimiento de un perfil tanto de la familia como del cuidador relacionados con la población afectada

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato infantil son todas aquellas acciones intencionadas, por omisión o cualquier actitud pasiva o negligente, que lesione o puedan lesionar potencialmente a un niño, niña o adolescente, hasta provocarle daños que interfieran u obstaculicen su desarrollo físico, psicológico, emocional y social. (1) Usualmente este tipo de problemas es recurrente y se hace cada vez más grave; sus consecuencias son numerosas y se constituyen como un antecedente frecuente de afecciones dentro de la población infantil. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el abuso o maltrato a menores como un problema mundial de salud pública y estima, que 40 millones de niños y niñas sufren de diversas formas de violencia en el mundo. El 85% de las muertes por maltrato son clasificadas como accidentales o indeterminadas y por cada muerte, se calculan 9 incapacitados, e innumerables víctimas con secuelas psicológicas. (3)(4)

En Colombia la OMS reporta que diariamente se notifican 200 casos de maltrato infantil, es decir, 8 cada hora. (4) De igual forma estudios realizados por el instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF) indican que tan solo entre enero-abril del año 2008 se habían presentado 23.871 casos, en los diferentes tipos de agresión. (5)

A nivel de la costa atlántica Pinzón A, y col en estudio realizado en el año 2006, reporto prevalencia de maltrato infantil de 61.333 casos, clasificada según severidad de la siguiente forma: leve con 23.303 casos, moderado con 17.700, y severo con 20.330. (6)

En la ciudad de Cartagena, la prevalencia de maltrato infantil es similar a la del resto del país, por revisión documental en las diferentes instituciones que atienden casos de maltrato infantil en la ciudad, se encontró que en el año 2008 el número de casos fue 865, mostrando además una marcada variabilidad en su presentación. (7)(8) Junto con ello reportes de medicina legal y el CTI de la fiscalía demostraron que el abuso sexual, es una de las formas más graves de maltrato, y que ha presentado un aumento del 38% entre 2005 y 2006, pasando de 317 a 437, en donde el 74% correspondió a abusos contra menores de 14 años. (9)

El maltrato infantil se presenta de muchas formas, entre las cuales se tienen el maltrato físico, explotación, abandono o negligencia y abuso sexual. (10) (11) Cada una de estas formas desencadena una serie de consecuencias en las vidas de quien lo padece, tanto en el aspecto físico, como en los patrones de vida diaria, alteraciones del desarrollo intelectual, mental, hasta alteraciones en las relaciones familiares y sociales. Asensi L, en estudios realizados en la ciudad de Alicante (España), reporto que los niños y niñas que sufren maltrato suelen presentar problemas en su proceso evolutivo, en los niveles emocional, cognitivo, conductual y social que les dificultan el desarrollo adecuado de su personalidad. (2)

Con relación al origen del maltrato infantil, la literatura indica que es multicausal, en el cual intervienen aspectos que van desde lo familiar, social hasta lo cultural. Pinzón A, y col reporto en su estudio sobre la prevalencia y factores asociados a maltrato infantil en comunidades de la costa atlántica y el litoral pacífico colombiano, que en las familias donde se presento maltrato infantil se describían diferentes variables, como : Baja edad del cuidador, alto número de personas viviendo en el hogar, alto número de menores de edad en el hogar, antecedentes de maltrato infantil en la familia de origen, exposición a violencia externa, falta de recreación, falta de establecimientos de límites adecuados, carencia de autoridad, falta de afecto, y exposición a violencia intrafamiliar.(6)

De igual forma Peña S. en estudios realizados en el país sobre la tipificación del maltrato infantil concluyo que características como: el autoritarismo, el marianismo, las necesidades básicas insatisfechas, el estrés, el vínculo filial indeseado, la disfunción conyugal, la marginalidad de las familias y la objetualización son factores generadores del maltrato infantil. (12)

Asimismo De Bellis M. en estudios realizados en Pittsburgh, EE.UU. reporta que alteraciones de salud mental entorpecen el curso normal del desarrollo emocional, y que las madres encargadas del cuidado de niños maltratados exhibieron una incidencia en la vida mayor, de desórdenes de ansiedad (especialmente desorden de stress post traumático), desórdenes del humor, desorden de abuso o dependencia del alcohol y/o sustancias, intentos de suicidios, y comorbilidad de uno o más desórdenes, comparado con las madres del control de niños no maltratados (13)

Rodríguez C. y col en estudios realizados en La Habana muestran que la presencia de trastornos mentales en las personas que brindan cuidado es propia de las familias en las que se desarrolla el maltrato infantil presentándose en un 61.79%; teniendo a las madres con un 71.34% como las mayores dadoras de maltrato, seguida de otros miembros de la familia. (14)

Con lo referente a los antecedentes del maltrato Francia M. reporta que los cuidadores que llevan a cabo el maltrato en cualquiera de sus tipos, presentan una alta probabilidad de haber sufrido alguna forma de maltrato en su niñez. (15)

La complejidad de este problema requiere soluciones que no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. Por lo que es necesaria la implicación de todas las instituciones y de los profesionales que atienden desde una u otra área a la infancia y la familia (16)

Para enfermería es de vital importancia indagar sobre el perfil familiar y del cuidador de los niños, niñas y adolescentes maltratados de la ciudad de Cartagena; debido a que con la obtención de esta información se podrán realizar intervenciones benéficas basadas en la situación específica de cada caso, teniendo en cuenta que cada ser es holístico y por ello varia la aplicabilidad de los ejes de promoción de salud y prevención de la enfermedad, componentes esenciales para la adecuada preidentificación del maltrato y su posible causa, y así contribuir con el establecimiento de actividades que lleven a soluciones encaminadas a favorecer a todos estos inocentes maltratados (17)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es el perfil familiar y del cuidador de los niños y niñas y adolescentes con maltrato infantil de la ciudad de Cartagena?

3. OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar el perfil familiar y del cuidador de los niños y niñas y adolescentes con maltrato infantil de la ciudad de Cartagena.

ESPECÍFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas de la familia y del cuidador.
- Identificar la estructura familiar de los niños y niñas y adolescentes que presentan maltrato infantil.
- Identificar la funcionalidad de las familias de los niños y niñas y adolescentes que presentan maltrato infantil.
- Describir el nivel de cohesión y adaptación familiar de los niños y niñas y adolescentes que presentan maltrato infantil.
- Determinar antecedentes de maltrato en el cuidador principal.
- Determinar el perfil de salud mental del cuidador principal.

4. MARCO TEÓRICO

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil se ha definido de diferentes formas:

“cualquier acto por acción u omisión realizado por individuo, por institución o por la sociedad en su conjunto y todos los estudios derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo. (6)

Según Eisenberg (1981) se ha enfatizado que las definiciones son distintas por que las culturas difieren marcadamente una de las otras en las pautas de crianza, el grado en que se reconoce a la infancia como una etapa del desarrollo que merece una atención especial, las condiciones que se consideran necesarias para un desarrollo saludable, y los derechos establecidos hacia los niños. (35)

El maltrato es una problemática que no se puede dejar a un lado, ya que en la actualidad ni los niños se escapan de este fenómeno, que se hace más evidente a diario y que afecta a niños de todos los colores, clases sociales, grupos étnicos y religiones. Este flagelo ha sido clasificado por diferentes autores de la siguiente forma: Maltrato Físico, Maltrato Psicológico, Abuso sexual. (36)

El maltrato infantil es un problema multicausal en el que intervienen diferentes aspectos como: características del agresor (transmisión intergeneracional (repetición de maltrato de generación en generación), falta de ingreso, escolaridad, sexo, inestabilidad o insatisfacción laboral, falta de conocimiento de las características evolutivas del niño.), características del agredido (edad, sexo, niños discapacitados (físico y/o psíquicamente), problemas de disciplinas entre otros.), características del medio ambiente que lo rodea (hogares jóvenes, hogares monoparentales, desempleos, factor cultural, familias numerosas (hacinamiento), ambientes familiares inestables, entre otros). Las características anteriormente descritas nos llevan a la conclusión que interacciones disfuncionales en la familia pueden conllevar al maltrato infantil (6) (35) (36)

4.2 FAMILIA:

La Constitución Política de Colombia de 1991 define a la familia en su artículo 42 como el núcleo fundamental de la sociedad, que se constituye por vínculos naturales y jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por voluntad responsable de conformarla. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y del respeto recíproco entre todos sus integrantes, por ello cualquier forma de violencia en la familia se considera destruida de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley. (37)

4.2.1 PERFIL FAMILIAR DE LA FAMILIA MAL TRATADORA

El perfil familiar es cada una de las características peculiares de una familia que pueden ser modificadas por necesidades internas o externas. (38)

Las características más destacadas del perfil familiar son:

4.2.1.1 Tipología familiar:

La familia puede clasificarse según la sociología dependiendo de su constitución:

- Familia nuclear: Constituida por ambos padres e hijos, se caracteriza por dos generaciones de consanguinidad. Es característico en esta familia que se presente la división del trabajo en función de los sexos, presentándose patriarcado, matriarcado, o igualitario de poder. Además se dan figuras y modelos claros de formación en donde por lo general el padre es el proveedor, y la madre es la protectora.
- Familia nuclear modificada (monoparental): solo esta presente el padre o la madre, con los hijos que pueden ser hijos de diferentes uniones. Esta puede ser el resultado de diferentes situaciones como por ejemplo: viudez, separaciones, divorcios, etc.
- Familia nuclear reconstituida (mixta): existe la presencia de una pareja, pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Se caracteriza por: unión sucesiva, introducción de nuevos valores y contrastes comportamentales y la readaptación.
- Familia extensa: compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos, y nietos. Se caracteriza por ampliación de la red familiar, confusión en el establecimiento y determinación de la autoridad, normas y reglas en el sistema familiar.
- Familia extensa modificada: además de padres e hijos, se encuentran vinculados otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres, los hijos, o abuelos, ejemplo, tíos, primos, etc. (39)

4.2.1.2 Estructura familiar:

Hace referencia al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, es decir, es el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar (40)

La estructura familiar comprende los siguientes subsistemas:

- Conyugal: conformado por la relación de pareja, realizada por los acoplamientos conductuales que se dan entre el hombre y la mujer: afectivo, sexual, social, laboral. (Puede acoplarse simétrica o asimétricamente).
- Parentofilial: constituida por la relación de parejas como padres; protección, desarrollo, socialización.
- Fraternal: conformado por la relación entre hermanos cuando hay más de un hijo. Se presentan funciones principales como apoyo, socialización, negociaciones, afectivas, responsabilidades.

4.2.1.3 Ciclo vital familiar:

Está constituido por varias etapas las cuales son importantes para determinar el inicio de la conformación o desarrollo en cual se encuentra la familia como:

a) Etapa del noviazgo o elección de la pareja: esta etapa se caracteriza por la creación de lazos emocionales, confrontaciones de ideas, expectativas, compromisos, entre otros.

Los factores de riesgos tenemos: antecedentes familiar de relaciones, conflictos y disfunciones, continuos conflictos preconyugales, selección inadecuada o fortuna de la pareja, falta de identidad propia. Las cuales a partir de aquí podemos identificar decisiones o anomalías que estén afectando al niño por causa de los padres.

b) Etapa crianza de los niños: caracterizada por reorganizada para enfrentar nuevas responsabilidades afectivas, económicas, crear espacios afectivos para el nuevo miembro, preparase para asumir roles parentales, entre otros.

Con presencia de riesgos como: inmadurez y falta de preparación para asumir los roles parentales, relación cerrada con exclusión de los miembros de la familia, mirar al hijo como causa de alejamiento con su pareja, recargo de tareas y responsabilidades de uno de los miembros.

c) Etapa familiar con hijos preescolares. Aquí encontramos factores de riesgo la cual los padres pueden sentir tensión en relación a sus respectivos roles tradicionales, y la sobreprotección en esta etapa puede conllevar a que el niño pueda expresar sentimientos de vergüenza y culpabilidad afectando su estado normal de bienestar.

d) Etapa familiar con hijos escolares: los factores de riesgos más característicos de esta etapa son los siguientes: impedir el despliegue paulatino de la familia limitando la socialización de los miembros, temor excesivo del mundo externo, desinterés por las experiencias escolares, desprendimiento afectivo y la contradicciones en la crianza de los hijos. (41)(42)(43)(44)(45)

4.2.1.4 Funcionalidad Familiar:

Según el concepto común de sociología contemporánea, la funcionalidad familiar es definida como la interrelación y transformación real que se opera en la familia a través de sus relaciones o actividades sociales, para así cumplir los objetivos y funciones que se rigen dentro de ella. (20)

La funcionalidad familiar es evaluada por medio de los siguientes componentes:

- La adaptación a los recursos intra y extra familiares para resolver problemas.
- La participación en la toma de decisiones y responsabilidades
- La autorrealización de los miembros de la familia
- El afecto entre los miembros de la familia
- La resolución en la ayuda a otro miembro de la familia.

Por medio de la valoración de estos componentes se clasifica la funcionalidad familiar como buena funcionalidad familiar, disfuncionalidad leve, y disfuncionalidad severa. Sin embargo esta clasificación es dependiente de la percepción de cada uno de los miembros de la familia. (46)

PERFIL DEL CUIDADOR QUE MALTRATA

El término ‘cuidador’ se utiliza para describir a una persona que cuida o presta ayuda a alguien enfermo, menor de edad o discapacitado; normalmente se trata de un familiar cercano, un amigo o vecino que se convierten en cuidadores por diferentes razones. En ocasiones este cumple demasiadas responsabilidades las cuales influyen en la aparición

de alteraciones en su parte emocional y/o mental por diversos factores, para justificar esto se han realizado estudios que permiten la evaluación de la salud mental del cuidador y las causas que provocan para que este se convierta en un maltratado.(47)

Para la OMS salud mental es un estado sujeto a cambios provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo, se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social. (48)

Algunos estudios como los realizados por De Bellis M. en Pittsburgh, EE.UU. reporta que alteraciones de salud mental influyen en que el maltrato sea un acto repetitivo, y que las madres encargadas del cuidado de niños maltratados presentaron una incidencia mayor en su vida se algún desorden mental, incluyendo los de dependencia o abuso a sustancias psicoactivas (13). Lo mismo que el estudio realizado por Rodríguez C. y col en La Habana muestran que la presencia de trastornos mentales en los cuidadores puede contribuir a una mayor incidencia de maltrato en un 61.79%; comenzando con las madres con un 71.34%, seguido de los padres 56.17%, luego los padrastros y madrastras con un 47.75%, con un menor porcentaje los abuelos en un 25.28 %, y por ultimo en un diverso grupo catalogado como otros miembros de la familia con un 38.20 % (14).

Con lo concerniente a los antecedentes del maltrato expresamos que los cuidadores que llevan a cabo el maltrato en cualquiera de sus tipos, presentan una alta probabilidad de haber sufrido alguna forma de maltrato en su niñez (15)

Hunter R. y col en estudios realizados en Carolina del Norte (EEUU) reportan que las familias evaluadas por maltrato infantil mostraron en sus características psicosociales, una asociación significativa con una historia familiar de abuso y abandono infantil, y con esta, aislamiento social, graves problemas matrimoniales, la insuficiencia de los arreglos de cuidado de niños, padres apáticos y con estilos de personalidad dependiente. (49)

Estos antecedentes fueron soportados por el resultado del estudio realizado por Klevens J. en Bogotá (Colombia), donde reporta que las situaciones de abuso, ocurren por personas que presentan entre otras características una historia de familia con maltrato infantil. (33)

Barcelata B. y col en estudio realizado en México demostró que existen muchas situaciones familiares que pueden influir o desencadenar el maltrato. Entre las situaciones más sobresalientes encontramos que el 100% de los padres maltratadores provienen de familias de origen que emplearon el castigo físico como medida disciplinaria, el 86% provienen de una familia de origen en la que al menos uno de los progenitores presentó alcoholismo. Además el 57% de las madres maltratadoras reportan restricciones en la adolescencia (no podían tener novios, ni amigos, ni salir a la calle). Junto con esto se resaltan las crisis en el ciclo vital, observando que un 38% refiere crisis adolescente y otro 38% crisis por entrada de los hijos a la escuela. También se destacó una alta prevalencia de padres que consideraban otros factores

inmersos en el maltrato así; un 50% reportó crisis con la familia de origen por intervención en la vida matrimonial, un 24% crisis situacional principalmente por violencia conyugal, un 86% estrés por factores diversos y un 76% conflictos con su hijo por las expectativas no cumplidas.

Por último este estudio revelo que factores determinantes como: patrones de crianza, situaciones estresantes, deseo de tener un hijo o no, violencia intrafamiliar, condición especial del niño o niña, son esenciales para una buena y/o adecuada interacción padre e hijo y por ende una prevención de maltrato (21)

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo

POBLACIÓN:

La población fue de 260 casos de niños y niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil en el distrito de Cartagena y corregimientos aledaños, que fueron reportados a las comisarías de familias en el año 2008

MUESTRA:

La muestra se conformo por 170 casos obtenidos por medio de la fórmula para el cálculo de muestra en población finita descrita a continuación:

$$n_0 = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2}$$

Donde:

n_0 = Tamaño de la muestra.

Z = Margen de confianza

p = proporción poblacional de ocurrencia

q = Probabilidad de rechazo

e = Margen de error (33)

Desarrollando la formula:

$$N = 260$$

$$Z = 95\% = 1,96$$

$$E = 5\% = 0,05$$

$$n_0 = ?$$

$$n_0 = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2} = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,05)^2} = 155$$

Posteriormente se realizo un ajuste de la muestra por medio del factor de corrección descrito a continuación:

$$n_T = \frac{n_0}{\frac{1 + n_0}{N}}$$

Donde:

n_T = Muestra total

n_0 = Tamaño de la muestra

N = Población o universo (36)

Arrojando como resultado:

$$n_T = \frac{n_0}{\frac{1+n_0}{N}} = \frac{155}{1} = 155$$

Por último se adiciono el 10% del resultado obtenido, para con ello cubrir la probabilidad de sesgos y llegar a la muestra final:

$$155 * 10 \% = 15.5$$

$$155 + 15.5 = 170.5 = 170$$

MUESTREO:

Muestreo Estratificado:

El muestreo estratificado fue aplicado a él listado de los casos reportados por cada una de las localidades de la ciudad de Cartagena, además la muestra fue escogida de manera proporcional al número de casos reportados de los tipos de maltrato.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Familias que conviven con niños y niñas que se encuentran entre las edades de 0 – 20 años.
- Niños maltratados que conviven con su núcleo familiar de origen.
- Familias de los niños, niñas y adolescentes maltratados que residan en el distrito de Cartagena y sus corregimientos aledaños.
- El cuidador debe contar con capacidades mentales para contestar la encuesta.

INSTRUMENTOS

a) ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Permitió indagar sobre datos del investigador principal y de la familia como: género, edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, ingresos económicos, estrato socioeconómico, religión, entre otros.

b) APGAR FAMILIAR

Es un instrumento utilizado para medir el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, creado en 1978 por el doctor Gabriel smiktein. En el cual se evalúa los siguientes componentes:

Adaptación: Se refiere a la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.

Participación: Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.

Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia. Este instrumento cuenta con un formato de evaluación, la cual se clasifica de la siguiente manera:

2	=	Casi siempre
1	=	A veces
0	=	Nunca

El resultado de este instrumento puede variar de un miembro de la familia a otro, pues la percepción es individual o la situación de cada uno de estos puede variar. La interpretación de este se hace de la siguiente forma:

0-3 disfuncionalidad familiar

4-6 disfuncionalidad moderada

7-10 funcionalidad familiar (18)

El alfa de cronbach del apgar familiar en esta investigación fue de 0,716.

c) ESCALA FACES III FAMILY ADAPTATION AND COHESION SCALES

Este es un instrumento creado por Olson y cols (1985), a través del cual se mide la adaptabilidad y la cohesión familiar. En donde:

*Cohesión hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la “unión emocional”, las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia.

*Adaptabilidad, hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

Este se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“Familia Real”), y al mismo tiempo sirven para evaluar como le gustaría que la misma fuese (“Familia Ideal”).

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de la cohesión y adaptabilidad de las familias, es así como dependiendo del resultado se clasifican en:

Cohesión:

No relacionadas: entre 10 y 34 puntos

Semirelacionadas: entre 35 y 40 puntos

Relacionada: entre 41 y 45 puntos

Aglutinadas: entre 46 y 50 puntos

Adaptabilidad:

Rígidas: entre 10 y 19 puntos

Estructuradas: entre 20 y 24 puntos

Flexible: entre 25 y 28 puntos

Caótica: entre 29 y 50 puntos

Es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad familiar en el momento de aplicar el instrumento. Para esto cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas. (20)(22)

El alfa de cronbach de este instrumento en la población de estudio fue de 0,735.

d) CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-12)

El cuestionario de salud general (1972, 1978) es una prueba diseñada para medir trastornos psiquiátricos no sicóticos ampliamente usada en contextos comunitarios y ocupacionales. La versión de doce ítems es la más reducida de las disponibles, pero no está clara su estructura factorial.

Es una escala autoaplicada, de 12 ítems con patrón de respuesta ordinal, para identificar trastornos mentales comunes, cuantifica síntomas de ansiedad y episodios depresivos con importancia clínica, durante el último mes, este cuestionario ha sido validado alrededor del mundo por la organización mundial de la salud, cuenta con una puntuación, entre 0-36, y se consideran positivos los trastornos mentales menores sin síntomas sicóticos comunes con puntuaciones superiores a 11 puntos. (19)

Al aplicar la escala GHQ12 en esta investigación el alfa de cronbach es de 0,795.

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se revisaron los datos de los casos seleccionados con el fin de hallar la ubicación de los domicilios en donde se visitaron a las familias. Posteriormente se llevaron a cabo las visitas domiciliarias a las familias de los niños y niñas y adolescentes que presentan maltrato infantil. Se explicaron los objetivos del estudio y se diligenció el consentimiento informado y por último se procedió a la aplicación de los diferentes instrumentos.

La información fue recolectada por estudiantes de último semestre de enfermería. Los datos fueron almacenados y procesados en el programa Microsoft Excel Vista® del cual se obtuvieron tablas y gráficas para el mejor análisis.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se llevo bajo parámetros éticos correspondientes para realizar investigaciones con casos de menores de edad, para conservar su derecho a la intimidad. Además se realizo el diligenciamiento del consentimiento informado a cada una de las personas que desarrollo los diferentes instrumentos.

6. RESULTADOS

Como principales características de las familias encontramos que el 71,6%(121) de las familias encuestadas son de estrato socioeconómico 1; el 20,7%(35) de las familias son estrato 2; el 7,7%(13) son de estrato 3. Ver tabla 1.

El 42,6%(72) de las familias encuestadas son familias extensas; el 36,7%(62) son nuclear; el 13,0%(22) son monoparental; el 4,7%(8) son extensas modificadas; y solo el 3,0%(5) se constituye por otros miembros de la familia. Ver tabla 1.

Más de la mitad de las parejas de las familias encuestadas mantiene una relación de unión libre 52,7%(89); con un 24,3%(41) las familias presentan una unión de casado; el 21,9%(37) de las parejas de las familias encuestadas se encuentran separadas y solo el 1%(2) son viudos. Ver tabla 1.

El 63,3%(107) de las familias están conformadas entre 4 a 6 miembros; la cuarta parte de 2 a 9 miembros y solo el 11,2%(19) cuentan con 10 y mas miembros. Ver tabla 1.

En cuanto a las etapas de ciclo vital familiar el 29,6% (50) de las familias encuestadas atraviesan por la cuarta etapa, mientras que la cuarta parte se encuentra en la quinta y tan solo el 1,2%(2) atraviesan por la primera. Ver tabla 1.

Con respecto a la funcionalidad familiar el 76,3%(129) de las familias encuestadas mantienen una funcionalidad familiar y solo un 5,9%(10) mantienen una disfuncionalidad familiar. Ver tabla 2.

Con relación a la cohesión de las 169 familias encuestadas el 14,2% (24) son consideradas como Aglutinadas, una de cada tres familias es Relacionada, uno de cada cuatro familias es Semirelacionada y el 28,4%(48) de familias son No Relacionadas.

A diferencia de la cohesión, la adaptabilidad en el 39% (66) de las familias es caótica; mientras que el 29,6%(50) mantiene una adaptabilidad flexible, y solo para el 10%(17) es rígida. Ver tabla 2.

Con relación a el cuidador principal el 94,7% (160) de los cuidadores son mujeres. Solo el 1% (2) de los cuidadores es menor de edad; el 52% (88) de los cuidadores tienen entre 18 a 35 años de edad, el 41% (70) tienen entre 36 a 59 años de edad y solo el 5% (9) son mayores de 60 años. Ver tabla 3.

Solo 5 (3%) cuidadores no tienen escolaridad. Uno de cada cinco cuidadores tiene primaria incompleta mientras que 10 (5,9%) han culminado su primaria. Uno de cada cuatro cuidadores cuenta con estudios de bachillerato incompleto al tiempo que uno de cada cinco cuidadores ha finalizado bachillerato; el 10.1%(17) de los cuidadores tienen estudios técnicos; el 7,7% (13) de los cuidadores cuenta con estudios universitarios mientras que el 4,1% (7) de los cuidadores cursaron universidad incompleta. el 10.1%(18) de los cuidadores no saben leer y escribir. Ver tabla 3.

Por otro lado, las dos terceras partes de los cuidadores se dedican al hogar; el 22,5 % (38) son trabajadores independientes; el 10% (17) son trabajadores dependientes; solo el 1,8% (3) son estudiantes. Ver tabla 3.

El 45,6 (77) de los encuestados conviven en unión libre; el 23,1(39) son casados; el 18,3(31) son solteros; el 9,5% (16) de los cuidadores son separados; el 3,6%(6) son viudos. Ver tabla 3.

El 41,4% (70) de las personas encuestadas son único cuidador; el 58,6% (99) no se dedican únicamente al cuidado; y el 79,9% (135) de estas personas dedican un tiempo mayor de 37 meses al cuidado; el 11,8%(20) cuidan entre 19 y 36 meses; el 8,2%(14) presentan un tiempo de cuidado entre 0 a 6 meses y 7 a 18 meses. Ver tabla 6. Asimismo el 62,7%(106) de los cuidadores se dedican 24 horas al cuidado; el 16,6%(28) dedican de 7 a 12 horas de cuidado; el 10,7%(18) dedican menos de 7 horas diarias; el 10,1%(17) cuidan entre 13 y 23 horas al día. Ver tabla 4.

Las dos terceras partes de los cuidadores encuestados mantienen relación como madre/padre; El 21,3%(36) presenta relación abuelo(a); El 5,9%(10) presentan otro tipo de relación; El 3,6%(6) son hermanos; y solo el 1 %(2) son amigos. Ver tabla 5.

Por último el 35.5% (60) de los encuestados presentaron maltrato físico, el 34.3%(58) psicológico, el 28.4%(48) ninguno, el 1.2% (2) todos y el 0.6%(1) sexual. Además se encontró que el 56.2% de los cuidadores presentaban algún trastorno mental sin síntomas sicóticos, y con un 43.8% de los cuidadores no presentan trastornos mentales. Ver tabla 5.

7. DISCUSIÓN

Las familias de los niños, niñas y adolescentes con maltrato infantil en la ciudad de Cartagena presentan en su mayoría las siguientes características: son familias extensas, con un número de convivientes entre 4 a 6 personas, atraviesan por la etapa de familias con hijos escolares, el tipo de unión predominante es la unión libre, pertenecen a estrato socioeconómico 1, se perciben como funcionales y además mantienen un grado de cohesión relacionada y una adaptabilidad caótica.

Los cuidadores principales son en su mayoría los padres, representando las madres el mayor porcentaje de estos, con nivel académico de bachillerato incompleto, dedicación al hogar y conviven en unión libre; se han dedicado al cuidado por más de 37 meses y durante las 24 horas del día.

Con relación a los antecedentes de maltrato la mayoría de los padres presentan antecedentes de maltrato, especialmente físico. Además en lo concerniente al estado mental, en su mayoría presentan algún grado de trastornos mentales.

En lo referente al tipo de familia se evidenció que el 42.6% son familias extensas. Resultados similares encontró Platone M. en estudio realizado en Caracas en donde el 68% de niños predispuestos al maltrato viven en familias extensas. (23) Contrario a esta característica Sotelo V. y González A. en un estudio realizado en Bogotá reporta que el tipo de familia al que pertenece el menor maltratado en su mayoría es nuclear, con un porcentaje de 46,67%; aunque también es significativo el número de ellos/as que convive con su familia extensa, con un porcentaje de 40%. Respecto a esta situación cabe resaltar que las familias extensas se caracterizan por la ampliación de la red familiar, confusión en el establecimiento y determinación de la autoridad, normas y reglas en el sistema familiar, lo que dificulta el adecuado funcionamiento este. (24)

Las familias en un 63.3% conviven con 4 a 6 personas, aunque aun se presentan familias que conviven con 10 y más en un 11.2%; situación congruente con lo explicado por Lago G. y col quien define el hacinamiento como una condición del medio que está presente en la aparición de la agresión. (25)

El 71,6% de las familias encuestadas son de estrato socioeconómico 1. Según reporte realizado por la UNICEF en el tercer estudio de maltrato infantil en el 2006, el estrato socioeconómico es considerado como una característica en las familias en donde se da la aparición de la violencia contra los niños y niñas, y lo define como un problema de todos los niveles socioeconómicos, en donde la violencia psicológica aumenta a medida que sube el estrato socioeconómico y la violencia física grave es mayor en los niveles bajos. (26) Cabe destacar que el antecedente de maltrato que más se evidenció en los cuidadores principales fue el físico y precisamente coincide con lo reportado, ya que en el estrato socioeconómico bajo es en donde se presenta este tipo de maltrato en una mayor proporción.

Con respecto a la unión de la pareja el 52,7%, mantiene una relación de unión libre, situación congruente con los resultados arrojados en el estudio realizado por Sierra P. en

el Hospital Universitario de la Misericordia en donde se evidencio que la mayor parte de los egresos de niños maltratados presentaban como característica que la relación de las madres era de unión libre. Cabe resaltar que este tipo de unión se caracteriza por la inestabilidad y falta de compromiso de la pareja entre sí, ante la sociedad, y frente a los hijos que puedan surgir de la relación, lo que puede convertirse en un factor de riesgo para que se desencadene el maltrato infantil; además el estudio se realizó en una ciudad perteneciente a la costa y es aquí precisamente donde la proliferación de la unión libre de las parejas es una práctica mucho más generalizada que en otras regiones del país.(27)(28)(29)

En lo referente al funcionamiento familiar el 76,3% de las familias encuestadas se perciben como funcionales, lo que nos define que en la mayoría de la población se presenta una adecuada interrelación y transformación de relaciones y actividades sociales para el cumplimiento de objetivos. (20) De igual forma Quiñones S. y col reporta que el 90% de los núcleos familiares se percibían como funcionales, mientras que solo un 10% se percibían como familias disfuncionales. Esta situación de funcionalidad está justificada debido a que es un aspecto evaluado según la percepción del integrante de la familia encuestado, lo que hace que el resultado sea subjetivo. (30)

De las 169 familias encuestadas una de cada tres familias es Relacionada. Así mismo Platone M. afirma que entre las condiciones familiares que predisponen al maltrato se encuentra la poca interacción entre los miembros de la familia, la alta prevalencia de aislamiento, la realización de actividades solitarias y que cada quien realice actividades diferentes, condiciones que son características de una cohesión no relacionada.(23)

En cuanto a la adaptabilidad se encontró que el 39% de las familias presenta una adaptabilidad caótica. Resultado contrario reportó Rees R. y Valenzuala A. en donde el 93.75% de las familias de los adolescentes encuestados presentaban una adaptabilidad rígida, aclarando que su estudio el total de la población era de 16 jóvenes.

Esto hace pensar que las familias en su mayoría no tienen definidos los roles, lo que conlleva a cambios frecuentes en las reglas. Además no existen negociaciones ni claridad en las funciones, originando decisiones parentales impulsivas, ausencia de respeto entre los miembros y con ello la aparición de maltrato. (31)

Con relación al perfil de los cuidadores, el 58% de los cuidadores tiene edad comprendida entre 18 y 35, de igual forma Bellinzona G y col identificó que la edad de los cuidadores estaba en un promedio de 29 años, con un rango de edades entre 16 y 44 años, algo no muy lejano a las edades encontradas en este estudio (32).

Las dos terceras partes de los cuidadores están dedicados al hogar; respecto a esta situación en el estudio realizado por Bellizona G y col. Se encontró que en los 78 casos estudiados un 43,6% de los cuidadores no realizaban ningún tipo de ocupación o se encontraban desocupados lo que hace suponer una dedicación total al cuidado del menor. Este resultado guarda relación con datos hallados en otras investigaciones del contexto nacional, que encontraron como única dedicación del cuidador el hogar. (32) Esta situación puede estar presente en una familia donde se da el maltrato infantil, debido a que existen diferentes factores que pueden estar reforzando su presencia, como

por ejemplo: múltiples labores en el hogar, dependencia económica de otro miembro de la familia, desconocimiento de las labores cumplidas, sentimiento de frustración y subestimación de la importancia de los quehaceres dentro del hogar.

Los cuidadores encuestados presentan una relación de madre/padre con un significativo porcentaje (68%), sin embargo el 26.1% de los cuidadores necesitan la ayuda de otras personas para el cuidado de los niños, como por ejemplo: abuelos(as), hermanos, amigos entre otros; Esto se soporta con lo que indica Sotelo V. y col en su estudio realizado con niños, niñas y adolescentes reportados como casos de presunto abuso sexual infantil en Bogotá (Colombia), donde se muestra que la mayoría de los cuidadores son madres con un porcentaje del 57%, un 20% por ambos padres, un 10% tía, abuela un 3% y hermanastra con el mismo porcentaje anteriormente mencionado, al igual que cuidadores que no hacen parte al núcleo familiar. (24)

Respecto al nivel educativo de los cuidadores el 27.8% presentan bachillerato incompleto, siendo este el porcentaje más representativo. Lo que muestra diferencia con lo reportado en el tercer estudio de maltrato infantil en el 2006 por la UNICEF, donde el analfabetismo mantiene un mayor porcentaje frente a los demás niveles educativos en los cuidadores de los niños incluidos en el estudio; teniendo en cuenta que este estudio se evidencio que a menor grado de escolaridad mayor frecuencia de maltrato hacia los niños. (26) Esto nos puede estar indicando que un nivel de escolaridad específico no es exclusivo en las familias que presentan maltrato infantil.

Entre los cuidadores se observó que en el 71,5%(121) prevalecen antecedentes de maltrato. Lo anterior es consistente con lo reportado por Klevens en un estudio realizado en Bogotá donde los padres maltratantes tuvieron una situación de abuso (33). Asimismo, Barcelata B. y colaboradores en México, encontraron que todos los padres maltratadores provienen de familias de origen que emplearon el castigo físico como medida disciplinaria. (21) El tipo de maltrato que recibieron los cuidadores que reporto mayor prevalencia fue el físico. Consecuente con esto algunos estudios señalan que los padres que castigan físicamente a los niños generalmente creen que este método es apropiado, efectivo y algunas veces necesario. (34)

En el análisis de los datos se encontró que el 56,2% de los cuidadores tienen algún grado de trastorno mental no sicótico. Relacionando este análisis con algunos estudios realizados por De Bellis M. en Pittsburgh, EE.UU. reportan que alteraciones de salud mental influyen en que el maltrato se presente en forma constante, y que además las madres encargadas del cuidado de niños maltratados han padecido con mayor incidencia desordenes mentales en su vida, incluyendo los de dependencia o abuso a sustancias psicoactivas (13). Al igual que este, el estudio realizado por Rodríguez C. y colaboradores en La Habana muestran que la presencia de estos trastornos en los cuidadores, pueden ser características en los hogares donde se presenta el maltrato infantil en un 61.79%; donde las madres obtuvieron un 71.34%, seguido de los padres 56.17%, luego los padrastros y madrastras con un 47.75%, con un menor porcentaje los abuelos en un 25.28 %, y por ultimo en un diverso grupo catalogado como otros miembros de la familia con un 38.20 % (14).

A pesar que las condiciones varían en cada uno de los estudios consultados para la comparación de los resultados hallados en esta investigación, no se muestran discrepancias marcadas en los datos presentados, y se observó que las principales características de las familias y cuidadores de niños (as) y adolescentes que presentan maltrato infantil son similares.

Por último, cabe resaltar que existieron diferentes limitaciones, en donde encontramos: escasa literatura e investigaciones confiables para referenciar y soportar este estudio; los instrumentos aplicados no permitieron indagar sobre la organización y relación de los diferentes subsistemas de la familia, aspecto descrito dentro el marco teórico y relevante en la descripción de las características de las familias. Además el déficit en los registros consultados para la ubicación de los casos, dificultó la localización de las direcciones para la realización de visitas domiciliarias.

8. CONCLUSIONES

Las familias de los niños(as) y adolescentes que presentan maltrato infantil en la ciudad de Cartagena son de estrato socioeconómico 1, son familias extensas, atraviesan por la etapa de familias con hijos escolares; Además se perciben como familias funcionales, presentan una cohesión relacionada y una adaptabilidad caótica.

En cuanto al cuidador en su mayoría son mujeres, con nivel educativo de bachillerato incompleto, se dedican al hogar y conviven en unión libre; no son los únicos cuidadores y se han dedicado al cuidado por más de 37 meses. Los cuidadores en su mayor proporción son los padres y presentan antecedentes de maltrato y algún grado de trastornos mentales.

9. RECOMENDACIONES

Se sugiere que se indague mas en el tema de esta investigación, ya que fue difícil la obtención de bibliografía de estudios referentes a esta temática que en realidad es un problema de interés colectivo.

Además se considera importante que los resultados de estas investigaciones se utilicen para la formación de propuestas que permitan la prevención de este acontecimiento y la intervención familiar respectiva.

El personal de la salud debe prestar una atención más integral a los pacientes, con el fin de detectar a tiempo alteraciones como las encontradas en los cuidadores principales de este estudio (trastornos mentales).

Realización de intervenciones que contribuyan a mejorar la capacidad del núcleo familiar para adaptarse a las diferentes situaciones internas o externas que generen estrés, para consigo evitar el estado caótico en la resolución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artiles de león I. Pérez González E. Maltrato Infantil. 1ª buenos aires: Editorial científica; 1998: 35-53.
2. Asensi Pérez L. Violencia De Genero: Consecuencias en los hijos, Psicología científica.Com. [En línea] 2007 enero 16 [fecha de acceso 13 de febrero de 009]. URL disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/lv/psicologiapdf_-236-violencia-de-genero-consecuencias-en-los-hijos-pdf.
3. Organización panamericana de la salud. Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil 2001- 2005. Boletín de la representación en México. [en línea] 2007 mayo [fecha de acceso 14 de febrero de 009]; 2 (5). URL disponible en: http://www.MexOps-oms.org/contenido/boletines/boletin_mayo.htm
4. Organización mundial de la salud. Hoja informativa de niños.[www.paho.org/projet.asp. fecha de acceso 14-02-09]
5. Instituto colombiano de bienestar familiar. ICBF promueve la denuncia frente a casos de maltrato infantil en Colombia. [www.Icbf.gov.co/noticias. Fecha de acceso 14-02-09]
6. Pinzón A, Ramírez C. Prevalencia y factores asociados al maltrato infantil en comunidades de la costa atlántica y el litoral pacifico colombiano. Saludarte. 2006-2007; 5(1)
7. Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Estadísticas del maltrato infantil en Cartagena. Estadísticas del M.I en el H.I.N.F.P. En prensa 2005.
8. Comisarias de familia Cartagena. Estadísticas de violencia intrafamiliar en Cartagena. En prensa 2008.
9. Cartagena como vamos. Proyecto de seguimiento a los cambios que se producen en la calidad de vida de los habitantes de Cartagena [www.cartagenacomovamos.org/downloads/epc2007/responsabilidad.pdf. Fecha de acceso 20-03-2009]
10. Arruabarrena Ma I, De Paul J. Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Madrid: Ediciones pirámide; 1999; 29-35
11. Caisa M. maltrato infantil. Rev. Ecuat pediat [en línea] 2007 [febrero 20-2009];8(2).URL disponible en: www.pediatría.org.ec/bus/2007/8.2.2007.fullpdf
12. Peña A. S. Una tipificación de las causas del maltrato infantil en Colombia.(www.bsvde.paho.org/bvsacd. fecha de acceso 24-06-2009)
13. De Bellis M. Broussard E , Herring D , Wexler S , Moritz G, John G. Comorbilidad psiquiátrica en los cuidadores y los niños que participan en los malos tratos: un estudio piloto de investigación con implicaciones políticas.[Tesis doctoral] Pittsburgh: Elsevier Science Publishers; 2001
14. Rodríguez Aguilar C, Jacomino Fernández D, Quesada Sanabria R. Violencia intrafamiliar y su relación con el maltrato infantil.[tesis doctoral]La Habana: Revista de Ciencias Médicas La Habana; 2006
15. Oliván Gonzalvo G. Indicadores de Maltrato Infantil. Guías Clínicas en Atención Primaria.[en línea].2002 octubre [fecha de acceso 1 abril 009]2(44).URL disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Maltrato.pdf>
16. Instituto madrileño del menor y la familia. Programa atención maltrato infantil. [www.madrid.org/cs/satellite. Fecha de acceso 13-02-2006].

17. López Montesino M J. Pautas de actuación en el abordaje del maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Eglobal [en línea] 2003 noviembre [fecha de acceso 20 febrero de 009]; (3) URL disponible en: <http://revistas.um.es/enfermeria/article>
18. Amaya P. “La investigación en enfermería familiar: una revisión crítica”. Rev. avances en enfermería [en línea] 1994 mayo [fecha de acceso 30 de marzo 009] 12(2-3) URL disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos
19. Cadavid I. Oquendo A. La familia humana. Rev.UPB [en línea] 1987 [fecha de acceso 30 marzo 009] URL disponible en: <http://www.upb.edu.co/portal/page>
20. Novel G. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson SA; 2003
21. Barcelata B. Alvarez I. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil [tesis doctoral] México: portal webucatoica;2005
22. Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H, Pérez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Red Rev cient de americ lat y del car [en línea] Enero-Abril 2006 [fecha de acceso 31 de mayo de 2010] vol.8(1)pp 27-32. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061d.pdf>
23. Platone M. condiciones familiares y maltrato infantil. pensamiento psicológico [en línea] 2007 Junio 19 [fecha de acceso 30 mayo de 010]; 03(008). URL disponible en: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf.
24. Sotelo V, González A. Análisis De Seguimiento Por Denuncias De Presuntos Actos Sexuales Abusivos Cometidos Contra Niños, Niñas Y Adolescentes. [Tesis]. Bogotá: Print versión ISSN 1657-9267, Pontificia Universidad Javeriana; 2010
25. Lago G., Rojas G., Posada A., Montúfar M. Síndrome de maltrato infantil. (http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_2/32-53%20Sin.pdf Fecha de acceso: 09-05-2010)
26. Unicef. Tercer estudio de maltrato infantil 2006. (<http://biografias.bcn.cl/alegislativo/pdf/cat/nint/5685-07/146.pdf>. fecha de acceso: 18-05-2010)
27. Sierra P. El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico del síndrome del niño maltratado. (www.encolombia.com/pediatria_el_medico.htm. Fecha de acceso: 08-05-2010)
28. Brown P. Cohabitación o union libre (<http://www.portumatrimonio.org/catolico/v/cohabitacion-o-union-libre>. fecha de acceso 26-05-2010)
29. Benedetti A. Costeño tenía que ser. (<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1336841>. fecha de acceso: 08-05-2010).
30. Quiñones S., Rodríguez I., González M., López A., Valdes A., Vazquez A. Maltrato Infantil en escolares pertenecientes al Consejo Popular "El Canal" Policlínico Docente Universitario Cerro. [tesis doctoral]. La Habana: 2007.
31. Rees R. Valenzuela A. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescente abusadores de alcohol y/o marihuana. Rev. chil. neuro-psiquiatr [versión On-line ISSN 0717-9227] Santiago jul. 2003 [23 mayo de 2010] v.41 n.3: 173-185 disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272003000300002&script=sci_arttext&tlng=es

32. Bellinzona G, Decuadro, M, Charczewski G, Rubio I, Maltrato infantil y abuso sexual Rev Med Uruguay 2005; 21: 59-67
33. Klevens J, Bayón M, Sierra M. Factores de riesgo y el contexto de los hombres que maltratan físicamente en Bogotá, Colombia. Science direct. [en línea] 2000 marzo [fecha de acceso 29 marzo 009]24(3). URL disponible en: <http://translate.google.com.co/translate>
34. Gaxiola J.,Frias M. Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. Medio Ambiente y Comportamiento Humano. [en línea]2008[fecha de acceso 30 mayo de 010]; 9(1y2). URL disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo
35. Francia M. Maltrato infantil: un problema de todos. Rev. Cubana med gen Inter. [En línea] 2003 febrero [fecha de acceso 20 enero 009] 19 (1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi09103.htm
36. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Scielo public health. [en línea].1998 febrero.[fecha de acceso 1 de abril 009];40(1) URL disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>
37. Aracena M, Castillor, Haz A, Cumsille F, Muñoz S, Bustos L, Román F. Resiliencia al maltrato infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos. Revista de psicología [en línea] 2000 [fecha de acceso 1 de abril 009] 9 URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp>
38. De Antonio A. De los derechos sociales, económicos y culturales. En: de Antonio A. pedagogía constitucional. Colombia: 2001, 158-159.
39. Organización panamericana de la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [En línea] 2003[fecha de acceso 14 de febrero de 009]; 3. URL disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf
40. Bruce Cohen J. Introducción a la sociología. Mexico: Mc Graw-Hill; 1992: 84-89.
41. Anierte Hernández N. Introducción a la sistémica y terapia familiar. (http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm. fecha de acceso: 31-03-09)
42. Hernández A. Familia ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Rev. Scielo [en línea] 2001[fecha de acceso 27 febrero 009] (32-45) URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
43. Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general. Santa fe de Bogotá: Universidad nacional de Colombia;2004
44. Amaya P. “La investigación en enfermería familiar: una revisión crítica”. Rev. avances en enfermería [en línea] 1994 mayo [fecha de acceso 30 de marzo 009] 12(2-3) URL disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos
45. Cadavid I. Oquendo A. La familia humana. Rev.UPB [en línea] 1987 [fecha de acceso 30 marzo 009] URL disponible en: <http://www.upb.edu.co/portal/page>
46. La familia y la comunidad en la educación infantil 2. La familia como modelo. (www.cuaece.org/enciclopedia/resultado2. fecha de acceso 26/03/09)
47. Martínez C. Salud familiar.2ed.La Habana: Científico técnica;2003
48. Llaza Loayza G. Salud Mental. CIEM. [en línea]. 2001 agosto [fecha de acceso 30 marzo 009] URL disponible en: <http://www.ucsm.edu.pe/ciemucsm/home.htm>
49. Hunter R, Kilstrom N, Kraybill E,Loda F. Antecedents of Child Abuse and Neglect in Premature Infants: A Prospective Study in a Newborn Intensive Care

Unit . Pediatrics.[en línea].1998 abril[fecha de acceso 30 marzo 009]61(4).URL disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/61/4/629>

ANEXO 1

Tabla 1. Características de la familia

CARACTERÍSTICA	N°	%
Estrato Socioeconómico		
1	121	71,6
2	35	20,7
3	13	7,7
Tipo de Familia		
Extensa	72	42,6
Nuclear	62	36,7
Monoparental	22	13,0
Extensa Modificada	8	4,7
Otros miembros de la familia	5	3,0
Tipo de unión de la pareja de la familia		
Unión libre	89	52,7
Casado	41	24,3
Separado	37	21,9
Viudo	2	1,2
Número de miembros en el hogar		
2 a 3	18	10,7
4 a 6	107	63,3
7 a 9	25	14,8
10 y mas	19	11,2
Ciclo Vital Familiar		
Formación de la pareja	2	1,2
Crianza inicial de los hijos	19	11,2
Familias con hijos preescolares	48	28,4
Familias con hijos escolares	50	29,6
Familias con hijos adolescentes	42	24,9
Familias en plataforma de lanzamiento	8	4,7

Tabla 2. Variables cualitativas de las familias

FUNCIONALIDAD	N°	%
Disfuncionalidad familiar	10	5,9
Disfuncionalidad moderada	30	17,8
Funcionalidad familiar	129	76,3
COHESIÓN		
Aglutinadas	24	14,2
Relacionadas	56	33,1
Semirelacionadas	41	24,3
No se relacionan	48	28,4
ADAPTABILIDAD		
Rígidas	17	10,1
Estructuradas	36	21,3
Flexibles	50	29,6
Caóticas	66	39,1

Tabla 3. Características del cuidador principal

CARACTERÍSTICA	N°	%
Genero		
Femenino	160	94,7
Masculino	9	5,3
Edad Cuidador		
Menos de 18	2	1,2
18 a 35	88	52,1
36 a 59	70	41,4
Mayor de 60	9	5,3
Escolaridad		
Ninguna	5	3,0
Primaria incompleta	33	19,5
Primaria completa	10	5,9
Bachillerato incompleto	47	27,8
Bachillerato completo	37	21,9
Técnico	17	10,1
Universitario	13	7,7
Profesional	7	4,1
Sabe Leer y Escribir		
NO	18	10,7
SI	151	89,3
Ocupación		
Hogar	110	65,1
Trabajador Independiente	38	22,5
Trabajador Dependiente	17	10,1

Estudiante	3	1,8
Otros	1	0,6
Estado civil		
Separado	16	9,5
Casado	39	23,1
Soltero	31	18,3
Unión libre	77	45,6
Viudo	6	3,6

Tabla 4. Características del cuidado brindado a niños(as) y adolescentes con maltrato infantil.

CARACTERÍSTICA	N°	%
Único Cuidador		
NO	99	58,6
SI	70	41,4
Tiempo de Cuidado	N°	%
0 a 6 meses	7	4,1
19 a 36 meses	20	11,8
7 a 18 meses	7	4,1
mayor de 37 meses	135	79,9
Numero de Horas Cuidado		
24 horas	106	62,7
13 a 23 horas	17	10,1
7 a 12 horas	28	16,6
Menos de 7 horas	18	10,7
Relación con la Persona Cuidada		
Madre/Padre	115	68,0
Abuelo(a)	36	21,3
Amigo(a)	2	1,2
Hermano(a)	6	3,6
Otro	10	5,9

Tabla 5. Antecedentes de Maltrato y Salud Mental de los Cuidadores

CARACTERÍSTICA	N°	%
Antecedentes de Maltrato		
Físico	60	35,5
Psicológico	58	34,3
Todos	2	1,2
Sexual	1	0,6
Ninguno	48	28,4
Categoría del Estado de Salud Mental		
No tiene trastornos mentales	74	43,8
Tiene trastornos mentales	95	56,2

ANEXO 2

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

Nombre: _____ edad: _____

Sexo: _____ Escolaridad: _____

Tipo de maltrato: _____

II CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES

1. **GENERO:** femenino masculino

2. **EDAD DEL CUIDADOR:**

Menor de 17

De 18 a 35

De 36 a 59

Mayor de 60

3. **SABE LEER Y ESCRIBIR:** Si No

4. **GRADO DE ESCOLARIDAD:**

Primaria incompleta

Primaria completa

Bachillerato incompleto

Bachillerato completo

Técnico

Universidad incompleta

Universidad incompleta

5. **ESTADO CIVIL:**

Soltero(a)

Casado(a)

Separado(a)

Viudo(a)

Unión libre

6. **OCUPACIÓN**

Hogar

Empleado(a)

Trabajo independiente

Estudiante

Otros _____

7. ESTRATO DE SU VIVIENDA:

- Estrato 1
- Estrato 2
- Estrato 3
- Estrato 4
- Estrato 5
- Estrato 6

8. TIEMPO DE CUIDADOR:

- 0 a 6 meses
- 7 a 18 meses
- 19 a 36 meses
- Mas de 37 meses

**9. NUMERO DE HORAS QUE
DEDICA AL CUIDADO:**

- Menos de 6 horas
- 7 a 12 horas
- 13 a 23 horas
- 24 horas

10. ÚNICO CUIDADOR:

Si No

11. RELACIÓN CON LA PERSONA CUIDADA:

- Madre/ Padre
- Hermano(a)
- Abuelo(a)
- Amigo(a)
- otros _____

12. RELIGIÓN QUE PROFESA:

- Católica
- Evangélica
- Cristiana
- Testigos de Jehová
- Otras _____

13. ANTECEDENTES DE MALTRATO

a) TIPO:

- Físico
- Psicológico
- Sexual
- Laboral
- Otros _____

b) FRECUENCIA:

- Siempre
- Frecuente
- A veces
- Nunca

III DATOS DE INFORMACION DE LA FAMILIA DE CONVIVENCIA

14. TIPO DE FAMILIA:

- Padres e hijo (s)
- Padres, hijo (s) y parientes
- Padre e hijo (s)
- Madre e hijo (s)
- Otros miembros familiares

15. TIPO DE UNION DE LA PAREJA DE LA FAMILIA:

- Casado
- Unión libre
- Concubinato
- Separado
- Divorciado
- Viudo
- Poliandria
- Poliginia

16. NUMERO DE MIEMBROS DE CONVIVENCIA DE LA FAMILIA

- 2-3 4-6 7-9 10 y mas

17. PROMEDIO ECONÓMICO DE INGRESO POR MES EN LA FAMILIA:

- Menos de 1 salario mínimo
- 1 salario mínimo
- 2 salarios mínimos
- 3 salarios mínimos
- 4 salarios mínimos
- Más de 5 salarios mínimos

18. CICLO VITAL FAMILIAR (determinar el ciclo familiar a partir del jefe del hogar)

- Etapa 1: Formación de la pareja (hasta el momento del primer hijo)
- Etapa 2: Crianza inicial de los hijos (hasta los 30 meses del primer hijo)
- Etapa 3: Familias con hijos preescolares (hasta los 6 años del primer hijo)
- Etapa 4: Familias con hijos escolares (hasta los 13 años del primer hijo)
- Etapa 5: Familias con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)
- Etapa 6: Familias en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa)
- Etapa 7: Familias de edad media (hasta el fin del periodo laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja)
- Etapa 8: Familia anciana (hasta la muerte de uno o ambos miembros de la pareja)

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, certifico que:

He leído (o que se me ha leído) el documento sobre el consentimiento informado que contiene información sobre la investigación piloto titulada Perfil familiar y del cuidador de los niños, y niñas y adolescentes con maltrato infantil de la ciudad de Cartagena.

Teniendo como objetivo: Determinar el perfil familiar y del cuidador de los niños y niñas y adolescentes con maltrato infantil de la ciudad de Cartagena.

He recibido consejería realizada por un estudiante de la salud para prepararme y guiarme en relación a resolver preguntas, encuestas e instrumentos de la presente investigación; y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de los datos es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomada la información.

Fui informado(a) de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de los resultados.

Firma de la persona quien da el consentimiento

Nombre: _____

Cedula de ciudadanía No _____ **de** _____

Firma del estudiante que realizo la consejería

Nombre: _____

Cedula de ciudadanía No _____ **de** _____

ANEXO 4.

APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia hable de las cosas y comparta los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones de tristeza, de amor, rabia			
Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia y yo compartimos el espacio, el tiempo y el dinero			

ANEXO 5.

ESCALA FACES III FAMILY ADAPTATION AND COHESION SCALES

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describe a su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 11. Nos sentimos muy unidos
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es muy importante
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

ANEXO 6.

ESCALA DE SALUD GENERAL. GHQ 12

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos que lo habitual ___ Mucho menos que lo habitual ___

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho mas ___

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos útil que lo habitual ___ Mucho menos ___

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos capaz que lo habitual ___ Mucho menos ___

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho Más ___

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto ___ No más que lo habitual ___ Bastante más que lo habitual ___ Mucho Más ___

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos que lo habitual ___ Mucho menos ___

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual ___ Igual que lo habitual ___ Menos capaz que lo habitual ___ Mucho menos ___

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual
____ Mucho Más ____

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual
____ Mucho Más ____

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto ____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual__ Mucho
Más ____

12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual ____ Aproximadamente lo mismo que lo habitual ____ Menos
feliz que lo habitual ____ Mucho menos que lo habitual ____