

BS
T
610.73069
C176

1

**CARACTERISTICAS FAMILIARES Y DEL CUIDADOR DE LOS NIÑOS
NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE MALTRATO POR
NEGLIGENCIA DE UNA INSTITUCION DE SALUD DE CARTAGENA**

**DINA MARIA ESCOBAR FLOREZ
LAURA MILENA GELIS LORA
LUZ NELLY GENEZ GARCIA
LUZ MILENA GUERRERO ROMERO
MAYRA ALEJANDRA GUERRERO ROMERO
OLGA PATRICIA RAMIREZ RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
VIII SEMESTRE
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARTAGENA DE INDIAS D. T y C.
2007**

**CARACTERISTICAS FAMILIARES Y DEL CUIDADOR DE LOS NIÑOS
NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DIAGNOSTICO DE MALTRATO POR
NEGLIGENCIA DE UNA INSTITUCION DE SALUD DE CARTAGENA**

Coinvestigadoras

**DINA MARIA ESCOBAR FLOREZ
LAURA MILENA GELIS LORA
LUZ NELLY GENEZ GARCIA
LUZ MILENA GUERRERO ROMERO
MAYRA ALEJANDRA GUERRERO ROMERO
OLGA PATRICIA RAMIREZ RODRIGUEZ**

EDNA GOMEZ BUSTAMANTE

Asesora de contenido

ZULEIMA COGOLLO

Asesora metodológica

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
VIII SEMESTRE
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARTAGENA DE INDIAS D. T y C.
2007**

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

RESUMEN DEL PROYECTO

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....08

2. OBJETIVOS.....11

2.1. OBJETIVO GENERAL..... 11

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 11

3. MARCO TEORICO..... 12

4. MÉTODO..... 16

5. RESULTADOS..... 21

6. DISCUSIÓN..... 24

CONCLUSIONES..... 27

RECOMENDACIONES..... 28

TABLAS..... 29

GRAFICA..... 31

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 32

ANEXOS

RESUMEN DEL PROYECTO

Resumen

El maltrato infantil se ha constituido en una problemática de salud pública, siendo el maltrato por negligencia el más representativo en los últimos años, reportando en Colombia en el 2004 3.716 casos de maltrato por negligencia y en el 2005 se incrementó a 4.599 casos, siendo esta una de las formas de maltrato que menos se informa y se denuncia (1).

Objetivo: Determinar las características de las familias y cuidadores de los niños, niñas y adolescentes diagnosticados con maltrato infantil por negligencia en una institución de salud pública de la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2007.

Método: Estudio descriptivo, con una muestra de 80 niños, niñas y adolescentes y su respectivo núcleo familiar, analizando los casos atendidos en el hospital infantil Napoleón Franco Parejas en donde se diagnosticó maltrato por negligencia; a los cuales se les aplicó la encuesta sociodemográfica, el APGAR familiar, la escala de salud mental y la escala de Rosemberg.

Resultados: El 76,3% de la población investigada eran menores de 5 años, el maltrato infantil por negligencia es más frecuente en el sexo masculino, en el 80% de los casos su cuidador principal era la madre, las cuales presentaron algún trastorno mental; y en el entorno familiar predominaron un bajo nivel socio económico, condiciones de viviendas deficitarias y disfuncionalidad familiar.

Conclusiones: teniendo en cuenta lo anterior se puede evidenciar que en el maltrato infantil por negligencia es un problema multicausal en el cual intervienen diferentes factores tales como las características del cuidador, el ambiente en el cual se desarrolla el menor que van a influir negativamente el crecimiento



armónico del niño, por ello se hace necesario realizar trabajos en donde se aborde esta problemática desde el punto de vista social y familiar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primera instancia a Dios creador de todo por brindarnos la salud, la inteligencia, y la sabiduría para realizar este trabajo.

A nuestros padres por su comprensión y colaboración tanto emocional como económica.

A las directivas de la institución pública en donde se realizó el estudio y en especial a la psicóloga Liliana Pinedo por la colaboración y ayuda brindada que hicieron posible la realización de este trabajo.

De igual forma agradecemos a las enfermeras Edna Gómez Bustamante y Zuleima Cogollo Milanés por ser nuestras asesoras de contenido y metodológico respectivamente.

Finalmente agradecemos a las familias que participaron en este estudio por permitirnos ingresar a sus hogares y brindarnos su colaboración.

INTRODUCCIÓN

El Maltrato Infantil definido como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran en su adecuado desarrollo físico, psíquico y/o social, se considera uno de los problemas sociales más comunes a nivel mundial, se calcula que alrededor de 57.000 niños fueron asesinados durante el año 2000, la mayoría tenía entre 0 y 4 años (1).

El maltrato por negligencia se entiende como toda situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor (2).

Es relativamente frecuente encontrar personas que consultan a nivel hospitalario por maltrato infantil en sus diferentes formas de presentación, tales como: maltrato físico, sexual, emocional, institucional y por negligencia, siendo este último el que ha generado mayores consultas en los últimos años, con consecuencias adversas para la sociedad en general y en especial a los niños, debido a que esta población es la más vulnerable y donde mayores secuelas deja este tipo de situaciones. (3)

En nuestro medio se desconocen estadísticas acerca de los factores que desencadenan el maltrato por negligencia, así como su curso clínico, formas de detectarlo, diagnosticarlo, sus secuelas y la mortalidad que puede ocasionar en cada uno de sus tipos.



En la institución pública de Cartagena donde se realizó el estudio, en los últimos años se han incrementado las cifras de maltrato infantil sobre todo la de maltrato por negligencia, según reportes obtenidos por la psicóloga y funcionarios de la institución, donde los datos arrojaron un total de 106 casos.

Sin embargo en esta institución son pocas las investigaciones realizadas, por tanto la atención está orientada únicamente al diagnóstico y remisión a las instituciones que atienden la problemática presentada. De igual forma no se hace una exploración a nivel del contexto familiar, por lo que se hizo necesario realizar esta investigación que representa para la institución resultados confiables e importantes, que permitirán redireccionar los programas de atención para dicha problemática, y de esta forma diseñar estrategias de prevención, intervención y rehabilitación.

Para ello es fundamental un abordaje multidisciplinario del problema, existiendo una importante coordinación entre los diferentes profesionales: personal de enfermería, médicos, trabajadores sociales, policía, educadores, psicólogos, etc. De esta manera se podrá proporcionar una atención integral al niño y a sus padres en la institución. (4).

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) define el maltrato infantil como "Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier persona que lo tenga a su cargo.

La estadística internacional muestra que en Estados Unidos de América, cerca de 903.000 niños y niñas fueron maltratados durante el año 2001; alrededor de 1.200 niños murieron a manos de su familia por agresiones físicas y/o negligencia (5).

En Colombia los datos reportados muestran similares tendencias, según el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) en el periodo comprendido entre el año 2003 al 2006 se incremento en un 65% el número de casos de maltrato infantil reportados por regionales y centros zonales, y el centro de atención virtual del ICBF, llegando a 47.767 denuncias (2). La Defensoría del Pueblo en Colombia reportó en el año 2005 que el maltrato infantil físico encabezaba el listado de denuncias con 16.099 casos reportados, 2414 denuncias más que en el año 2004 (3).

De los anteriores datos reportados los principales maltratadores eran los padres en un 35.1%, seguido por la madre 26%, padrastro 9%, hermano 5%, tío(a) 4%, y otros familiares civiles o consanguíneos 21%.(7). Es importante destacar que los niños entre 5 y 14 años en este informe eran los más maltratados (6).

Con relación a la clasificación del maltrato infantil en el 2004 se reportaron 2.994 casos de maltrato psicológico; por abandono en el 2004 se presentaron 1.866 casos y en el 2005 aumentó a 1.023; el maltrato por negligencia que en el 2004

presentó 3.716 casos y en el 2005 se incrementó a 4.599, siendo esta última una de las formas de maltrato que menos se informa y se denuncia (3).

El maltrato por negligencia se entiende como toda situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor (8). La negligencia puede ser originada por actuaciones inconvenientes por parte de los progenitores/cuidadores ante las necesidades físicas, psíquicas, sociales e intelectuales del menor a su cargo (8).

Este tipo de maltrato tiene muy poco control y seguimiento a nivel institucional, ya que en estas instituciones solo se encargan de diagnosticar y en casos graves reportar a las instituciones pertinentes, mas no, de realizar un seguimiento del caso involucrando al contexto familiar en el diagnóstico sistémico de esta entidad.

En la institución pública de la ciudad de Cartagena donde se realizo el estudio se han incrementado en los últimos años las consultas y las hospitalizaciones por esta situación de desprotección (9), aunque existen protocolos institucionales para la clasificación de esta forma de maltrato y su manejo intrahospitalario, su atención se limita únicamente a este nivel ya que el recurso humano con que cuentan es insuficiente para ampliar el diagnóstico desde el enfoque familiar.

El Maltrato Infantil por negligencia genera, una serie de consecuencias graves en los menores que la padecen, estas se presentan a corto o a largo plazo. Entre las consecuencias a corto plazo se encuentran la hiperactividad, bajo rendimiento escolar, retardo en el desarrollo del lenguaje y el vocabulario, ausentismo escolar, escasa destreza para la adquisición de vínculos con otros niños, fugas del hogar, entre otros; y a largo plazo se pueden mencionar: comportamientos antisociales,



11

tales como, vandalismo, hurto, violencia, agresividad, participación en actividades delictivas y/o practican conductas de riesgo para la salud como abuso de tabaco, drogas, alcohol, actividades sexuales sin medidas de protección, promiscuidad sexual y prostitución. (10).

Estudios realizados han comprobado que además de las consecuencias anteriores, los niños víctimas de negligencia pueden manifestar "conductas de miedo y ansiedad, incluso frente a nuevas experiencias agradables y positivas reaccionan con excitación y ansiedad (10).

Son pocas las investigaciones desarrolladas para abordar la problemática del maltrato por negligencia desde diferentes enfoques, se han encontrado algunas que abordan el tema desde el enfoque de las consecuencias.

En la institución pública de salud de la ciudad de Cartagena no hay estudios realizados que reporten el maltrato por negligencia y sus consecuencias como una problemática social de salud pública.

Teniendo en cuenta la anterior panorámica se plantea el siguiente interrogante
¿Cuales son las características de las familias y cuidadores de los niños y niñas diagnosticados con maltrato infantil por negligencia en una institución de salud pública de la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2007?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de las familias y cuidadores de los niños, niñas y adolescentes diagnosticados con maltrato infantil por negligencia en una institución de salud pública de la ciudad de Cartagena en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2007.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características familiares de los niños y niñas diagnosticados con maltrato que asistieron a una institución de salud pública de la ciudad de Cartagena.
- Determinar las características del cuidador familiar de los niños y niñas diagnosticados con maltrato que asistieron a una institución de salud pública de la ciudad de Cartagena.

3. MARCO TEÓRICO

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores, convirtiéndose en un fenómeno cultural que cada día se está extendiendo en todos los ámbitos de la vida, lo que genera un grave problema social con raíces culturales y psicológicas que pueden producirse en familias de cualquier nivel económico, educativo y que violan los derechos fundamentales de los niños y niñas (4).

El maltrato por negligencia es una condición en la cual el cuidador responsable de un niño, deliberadamente o por una desatención extraordinaria, permite que este experimente un sufrimiento evitable y/o fracaso en proveer uno o más de los ingredientes generalmente considerados como esenciales para el adecuado desarrollo físico, mental y emocional de las personas. Dentro de estos se encuentran; alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, protección, vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas y educación (9).

En la literatura existe una variedad de causas establecidas, siendo las siguientes algunas de las más citadas:

- En los estudios de Parke y Collmer (1975), Wolfe (1987) y Bigelow y Lutzker (2000) señalan las escasas habilidades para el cuidado del niño, el escaso conocimiento de las etapas evolutivas, las atribuciones y expectativas distorsionadas de la conducta infantil, la poca comprensión de las formas adecuadas de manifestación del afecto y el conocimiento insuficiente respecto de los métodos alternativos de disciplina. (10)
- Kropp y Haynes (1987), Camras, Ribordy, Hill y cols. (1988) y Britner y Reppucci (1997) plantean que esas personas (principalmente las madres) tienen dificultad para expresar y reconocer emociones y pueden tener

expectativas inadecuadas en cuanto a las capacidades de sus hijos. Los resultados de los estudios de Oliva, Moreno, Palacios y Saldaña (1995) y Thompson y Wyatt (1999) indican que una causa importante del maltrato son las expectativas irrealistas de los padres al suponer que sus hijos poseen conductas maduras, pese a ser absolutamente inapropiadas para su edad. (10).

- Según Vasta (1982), algunos factores sociosituacionales, tales como pertenecer a una clase social desfavorecida y habitar en un entorno conflictivo, predisponen al maltrato infantil. (10)

Los estudiosos del tema del maltrato infantil han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, así tenemos: el modelo sociológico, que considera que la negligencia es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social (Wolock y Horowitz, 1984). (11)

El modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas, de los progenitores o cuidadores en relación a los menores a su cargo (Larrance, 1983).

El modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de sicopatología en los padres (Polansky, 1985). (11)

El modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de procesamientos en las familias con menores en situación de negligencia (Crittender, 1993). Y por último el modelo de afrontamiento del estrés que hace referencia a la forma de evaluar y percibir las situaciones o sucesos estresantes por parte de estas familias (Hilson y Kuiper, 1994). (11)



Clasificación de maltrato por negligencia según la institución (12)

Existen unas características utilizadas por esta institución para identificar cuando el maltrato se presenta por negligencia como son:

- ♣ Cuando los niños tienen enfermedad crónica y los padres no cumplen a cabalidad el tratamiento o hay muchos ciclos de hospitalización en menos de un mes.
- ♣ Cuando hay niños que no están desempeñando roles de niños sino de personas grandes o adultas.
- ♣ Cuando los niños son abandonados dentro de las instituciones y duran 24 horas o más tiempo solos.
- ♣ Cuando los padres tienen problemas a nivel de pareja, utilizan al niño como chivo expiatorio y lo enferman, para retener el objeto del deseo, llámese esposa o esposo.
- ♣ Desnutrición.
- ♣ Los niños que como motivo de consulta refieren que desde hace 1 semana tiene diarrea y vomito, y los padres no se percatan que la magnitud viene de meses.

Factores asociados al maltrato por negligencia:

Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil por negligencia es un problema multicausal en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el ambiente y un estímulo disparador de la agresión. (13).

Consecuencias generadas por el maltrato por negligencia (9)

El maltrato por negligencia da lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales, los cuales indicaran que un niño ha sido maltratado. Dentro de estos se pueden destacar:

- Retardo en el desarrollo del lenguaje y vocabulario.
- Muestra inmadurez emocional y tiene tendencia a la fantasía.

- Alteraciones en la alimentación por depravación de alimentos, dietas inadecuadas.
- Infecciones recurrentes y/o persistentes en los diferentes sistemas del organismo.
- Tiene serios problemas dentales o visuales y no recibe tratamiento acorde.
- Mala presentación personal e higiene.
- Presenta conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
- Pide o roba dinero u otros objetos.
- Tiene comportamientos antisociales.
- Ausentismo escolar.
- Realiza comentarios acerca de los cuidados deficitarios que recibe o expresa que no hay nadie que lo cuide.
- Autoestima disminuida.
- Mal auto concepto.
- Ansiedad.
- De adultos suelen ser propensos a tener depresiones.
- El niño se rehúsa a participar en actividades físicas.

En general, todas las consecuencias influyen tanto en la juventud como en la edad adulta de todo niño maltratado.

Por esto, y por el papel tan importante que desempeñan los profesionales sanitarios en la prevención, detección y tratamiento del maltrato infantil, es fundamental unificar criterios y elaborar unas pautas de actuación comunes, sencillas y concretas, para centrar todos los esfuerzos en un objetivo común: proteger al menor. Para ello es fundamental un abordaje multidisciplinar del problema, existiendo una importante coordinación entre los diferentes profesionales: personal de enfermería, médicos, trabajadores sociales, policía, educadores, psicólogos, etc. De esta manera se podrá proporcionar una atención integral al niño y a sus padres (8).

4. MÉTODO

Tipo de estudio: El presente estudio es descriptivo.

Población: Estuvo constituida por los niños, niñas y adolescentes entre las edades de 0 a 17 años y su respectivo núcleo familiar, que fueron diagnosticados en la Institución de salud con maltrato infantil por negligencia en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del año 2007.

MUESTRA:

Representada por 80 niños, niñas y adolescentes que residen en la ciudad de Cartagena y municipios aledaños, tales como Arjona, Turbaco, Bayunca, Santa rosa, Pasacaballos, Membrillal y La Boquilla y además que el niño conviviera en el núcleo familiar de origen.

CRITERIOS DE INCLUSION

Serán incluidos en este trabajo de investigación los niños que:

- Niños y niñas que se encuentren entre las edades de 0 a 17 años
- Asistieron a la ESE Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja entre los meses Enero a Junio del año 2007.
- Fueron víctimas de Maltrato por Negligencia.
- Residan en la ciudad de Cartagena y municipios aledaños, tales como Arjona, Turbaco, Bayunca, Santa rosa, Pasacaballos, Membrillal y La Boquilla.
- Que el niño conviva en el núcleo familiar de origen.



INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se emplearon los siguientes instrumentos:

Encuesta Sociodemográfica. Mediante esta se tuvo acceso a datos sociodemográficos de la familia con la cual convive el niño maltratado por negligencia, de esta forma se obtuvo una mejor caracterización del entorno familiar en el cual se está dando el desarrollo del niño (27). Entre los cuales se encuentran: datos de identificación, escolaridad de los padres, tipología de familia, ingresos económicos, entre otros. (Ver anexo 3)

APGAR FAMILIAR

Instrumento utilizado para medir el grado de funcionamiento familiar creado en 1978 por Gabriel Smilktein. En el cual se evaluó los siguientes componentes familiares:

- **Adaptación:** se refiere a la utilización de recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas en un momento de crisis.
- **Participación:** de cada uno de los miembros de la familia para intervenir en la toma de decisiones y responsabilidades como miembros de esta.
- **Crecimiento personal:** de cada uno de los miembros de la familia y el apoyo que se brindan al tomar decisiones.
- **Afecto:** que se brindan y las manifestaciones de este dentro de la familia en el contexto cotidiano.
- **Recursos con los que cuentan y como los manejan,** evaluando la participación en la administración de estos recursos por cada uno de los miembros de la familia.

El APGAR se evalúa de 0-10, donde cada respuesta posee un valor de: casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2). El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada

uno de estos pueden variar. La suma total de estos puntos se interpretan de la siguiente manera:

0-6 hay disfuncionalidad familiar

7-10 buena funcionalidad familiar (14). (Ver anexo 1)

ESCALA DE ROSEMBERG

Es una escala que se encargo de medir el nivel de autoaceptación y autoconcepto, puesto que muchas veces la forma en que se autoevalúan las personas no coincide con la imagen que muestran, pero es decisiva para la salud mental. La valoración de esta escala se obtiene de la siguiente manera:

Menos de 0 puntos: El autoconcepto no es muy positivo, la persona debería quererse un poco más y confiar en las propias posibilidades ya que tiene un nivel de autoestima bastante bajo, lo cual les hace creer que los demás son mejores que el.

Entre 0 y 5 puntos: Se encuentras dentro de la normalidad. El concepto que posee de si mismo es correcto y se acerca mucho a la imagen que muestra a los demás.

Más de 5 puntos: Tiene un alto concepto de si mismo, se aceptan perfectamente con todas sus virtudes y defectos, no cree que los demás tengan mejores capacidades que las propias, ni mucho menos (15). (Ver anexo 2)

Cuestionario general de Salud (GHQ-12). El GHQ-12 es una escala autoaplicada de doce ítems con patrón de respuesta ordinal para identificar trastornos mentales comunes (cuantifica síntomas ansiosos y depresivos con importancia clínica) durante el ultimo mes. Este cuestionario ha sido validado alrededor del mundo por la organización mundial de la salud, con puntuaciones entre 0 – 36 y se consideran positivos para trastornos mentales comunes en

Latinoamérica puntuaciones iguales o superiores a once puntos. (16). (Ver anexo 4).

PROCEDIMIENTO

La recolección de la información se realizó en dos etapas:

En la primera etapa se revisaron las historias clínicas de los niños entre los 0 – 17 años de edad que consultaron a la institución de salud pública que fueron víctimas de maltrato por negligencia.

De estas historias se tomaron los datos de identificación, lugar de residencia, diagnóstico de egreso según signos y síntomas presentados; por último se clasificaron a aquellos niños que viven en la ciudad de Cartagena o en los municipios aledaños.

En la segunda etapa se realizaron visitas domiciliarias a los niños con maltrato infantil por negligencia en donde se aplicaron los siguientes instrumentos:

- El APGAR: se le aplico a un miembro de la familia.
- Escala de Rosemberg: se le aplico al cuidador principal del niño o niña, con previo consentimiento informado.
- El cuestionario general de salud mental: se aplico a los cuidadores principales.
- Encuesta de datos sociodemográficos

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron analizados en Excel el cual arrojó resultados en tablas y graficas. Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y desviación estándar.



VARIABLES: en este estudio se asumieron como variables:

Características sociodemográficas familia

- Estrato socioeconómico
- Tipología de familia
- Ciclo vital familiar
- Numero de convivientes
- Tipo de unión
- Nivel educativo

Funcionalidad familiar

Características del cuidador principal

- Parentesco.
- Nivel educativo - Ocupación
- Sexo
- Autoestima.
- Perfil mental.

5. RESULTADOS

Participaron en el estudio 80 niños, niñas y adolescentes con su respectivo núcleo familiar, diagnosticados con maltrato infantil por negligencia en una institución pública de salud de la ciudad de Cartagena, no se incluyeron en el análisis 26 historias clínicas por no tener las direcciones completas.

El grupo de estudio estuvo conformado por 55% niños y 45% niñas; 76.25% pertenecían al estrato 1 y 23.74% al estrato 2; 72.5% residían en el área urbana y 27.5% en el área rural.

Para analizar la edad del grupo, se agruparon en categorías, siendo la más frecuente de 0 a 5 años 76,3% con un promedio 1,5. (Ver tabla 1).

En relación a la escolaridad se encontró que 53.8% de estos niños no han iniciado sus estudios, 22.5% están en guardería y preescolar, seguido 18.7% que cursan primaria y en menor proporción se encontraron cursando bachillerato 5%.

Según los criterios de clasificación de maltrato infantil por negligencia de la institución, el mayor número de consultas se presentó por accidentes a causa del descuido por parte de los cuidadores 31.25%, seguido de 18.75% casos por desnutrición y en menor proporción las enfermedades crónicas con solo 1 caso 1.25%. (Ver Grafica 1).

Respecto a las características familiares, en su mayoría, pertenecen a familias nucleares 34(43%, extensas 43.75% y monoparentales 13.25%; estando integradas la gran mayoría entre 4 a 10 miembros 80% y solo 20% por menos de 4 miembros.

En cuanto al ciclo vital familiar, en su mayoría las familias, se encontraron con niños en edad pre-escolar 22.5% seguida por la etapa de crianza inicial de los hijos 21.25% y en menor proporción familia en edad media en un 2.5%. (Ver tabla 2).

El tipo de unión de familiar predominante fue la unión libre 55% casados; 16.25%, los divorciados y viudo en un 28.75% . De estas familias 99% subsisten con ingresos económicos mensuales menor de 1 salario mínimo y 1% con un salario mínimo; estos ingresos generados por los cabeza de familia provienen en su mayoría de empleos inestable 51% , trabajadores dependientes 32.5% , ama de casas 10% y en menor proporción 6.25% son desempleados.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar 51.25 % de las familias son disfuncionales, mientras que solo 48.75% familias fueron funcionales. (Ver tabla 3). Cuyo alfa de Cronbach fue 0,782.

Con relación a los cuidadores participaron 79 debido a que 2 niños eran hermanos; de dichos cuidadores el 82.5% cumplen con el rol de padres, 16.3% corresponden a otros parientes y 1.3% a otra persona diferente del grupo familiar; de este grupo 75 son de género femenino 94% y 5 de género masculino 6%.

En cuanto a la escolaridad del cuidador, 67.5% cursaron primaria completa e incompleta, 30% secundaria incompleta y 2.5% estudios superiores (técnicos y tecnológicos). Con relación a la ocupación el mayor porcentaje se dedica a las labores del hogar 70% , seguido por los trabajadores dependientes 27.5% y una menor proporción eran estudiantes 2.5%, en su mayoría pertenecían a la religión católica un 74% y otras religiones en un 26% .



La salud mental del cuidador principal se evaluó mediante el cuestionario general de salud (GHQ-12). Los datos obtenidos al aplicar este instrumento reportaron 65% algún trastorno mental, mientras que solo 35% no presentaban alteraciones mentales. (Ver tabla 4) con un alfa de Cronbach de 0.75.

Según la escala de Rosemberg usada para evaluar la autoestima de los cuidadores principales 60% presentaron alta autoestima, seguido de 21.25% con una autoestima positiva y finalmente 18.7% una autoestima no muy positiva. (Ver tabla 5). Cuyo alfa de Cronbach fue 0,69.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que el 55% de los niños que fueron diagnosticados con maltrato infantil por negligencia pertenecían al sexo masculino, dichos resultados difieren con los obtenidos por Morales, A en un estudio sobre tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil, en Madrid-España en donde el 55% de los niños maltratados eran de sexo femenino (17), de igual manera, Loret de Mola, Y. en su estudio sobre Comportamiento del maltrato infantil de 7 – 14 años en un consultorio. Trabajo de terminación de la especialidad de MGI. Camagüey. Policlínico "Ignacio Agramonte y Loynaz", encontró que el sexo femenino en su investigación era el más maltratado (53,3%). (18), Rostion en Chile, (19), Nelson y Stein en EEUU (20) López de España (21).

Con relación a la edad de los niños en el presente estudio se encontró que las edades más frecuentes fueron las correspondientes a los niños menores de 5 años 76,3%, con un promedio 1,5. Similar a este hallazgo Perea, J, et.al. en su estudio titulado Algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio en Luyanó encontraron que los niños y niñas maltratadas tenían edades menores a un año (22). Esto sugiere que los niños de menor edad tienden a ser mas maltratados por la relación de dependencia con sus cuidadores.

Con relación a la persona que cuidaba al niño, niña y adolescente en el estudio se encontró que el 80% son las madres, similar a estos resultados Azaola E, en su estudio maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad determinó que las madres son las que aparecen en primer lugar en relación directa con el niño maltratado (18). Perea, J, et. al, sugiere que las madres están más relacionadas a las formas de maltrato en los niños porque son las que pasan la mayor parte del tiempo con sus hijos (22).



Por otra parte en cuanto al estado mental del cuidador principal se encontró que 65 % presentan algún tipo de trastorno mental, similar a esto en el estudio de Jiménez y cols, titulado el maltrato infantil en andalucia(23), se evidencio que los padres que maltratan emocional y negligentemente presentan con mayor frecuencia antecedentes psiquiátricos. De igual manera Morales & Costa en una investigación titulada tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil realizadas en Madrid señala que entre un 10% y 15% de los casos de maltrato los padres tienen algún tipo de trastorno mental. (17). Polansky, considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de sicopatología en los padres lo cual dificulta la habilidad del cuidador. (11)

En relación a la autoestima del cuidador se encontró que 60% tenían un alta autoestima, contrario a esto en una investigación realizada por De Paúl titulada El maltrato y abandono emocional en la provincia de Guipúzcoa en vasco España, se encontró que las características de los padres incluyeron baja autoestima,(24).

Por otra parte en esta investigación se evidencio que tanto en familias nucleares como extensas se presentaron porcentajes similares para maltrato por negligencia, contrario a esto en una investigación desarrollada en Kenya- Africa se encontró que el maltrato al menor se presentaba en familias monoparentales (25).

En lo que respecta a la funcionalidad familiar 41(51.25%) de las familias son disfuncionales, similar al presente Duany N, encontró que en el 31.3% de las familias disfuncionales, se evidencio maltrato intrafamiliar (26). De igual forma en estudio realizado por Quiñones, S, titulado Maltrato infantil en escolares pertenecientes al Consejo Popular "El Canal", Policlínico Docente Universitario "Cerro" el 92.3% de la muestra coexistía la violencia con la disfunción familiar. (27). La literatura sugiere que esto se puede deber a que en estas familias se

genera más estrés y menor apoyo provocando efectos negativos, Además de no mantener una relación positiva y fuerte entre los miembros de la familia.

En cuanto al estrato, 61(76.25%) de las familias encuestadas, pertenecían al estrato 1 y 19 (23.74%) al estrato 2 así mismo Cortes Y, et. al, en su estudio dramática radiografía del Maltrato Infantil en Neiva encontraron que el 53% de los niños maltratados hacían parte del estrato cero, en segunda instancia con 33.3% del estrato uno y por último del dos con 13.2%. (5). La escasa educación, la falta de ingresos para satisfacer necesidades básicas, incrementan el potencial de violencia física y psicológica. (5).

Se concluye que los niños y niñas maltratados por negligencia son de menor edad y pertenecen al sexo masculino en su gran mayoría, la causa predominante del maltrato por negligencia se presentó por accidentes derivados por descuido del cuidador, y éstos a su vez presentan algún síntoma que sugieren alteración mental; pertenecen a familias extensas de estrato socioeconómico bajo y presentan disfuncionalidad familiar en un gran porcentaje.

RECOMENDACIONES

Presentar el trabajo a la institución de salud pública de Cartagena en la cual se realizo el estudio para que se tomen las medidas preventivas necesarias teniendo en cuenta la influencia que tiene el entorno familiar en la generación de este tipo de maltrato.

Presentar el trabajo al DADIS e ICBF para que estos diseñen programas preventivos dirigidos a esta población.

Seguir realizando investigaciones en el municipio con poblaciones más amplias que permitan realizar asociaciones y determinar la magnitud del problema.

Proponer a nivel del distrito campañas de Sensibilización y educación a la población para prevenir el maltrato infantil por negligencia.

Emprender campañas educativas dirigidas al personal de salud para detectar, diagnosticar, registrar y tratar los casos.

Intervenir en el maltrato infantil con acciones preventivas y precoces sobre todo en el ámbito de la familia con el fin de detectar y modificar factores de riesgo y promover los factores protectores.

TABLAS

Tabla 1. Rango de edades de los niños, niñas y adolescentes con diagnostico de maltrato infantil por negligencia.

RANGO DE EDADES	NÚMERO	%
0 a 5	61	76,3
6 a 10	10	12,7
11 a 16	9	11
Total	80	100,0

Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de VIII Semestre Universidad de Cartagena, II Periodo de 2007

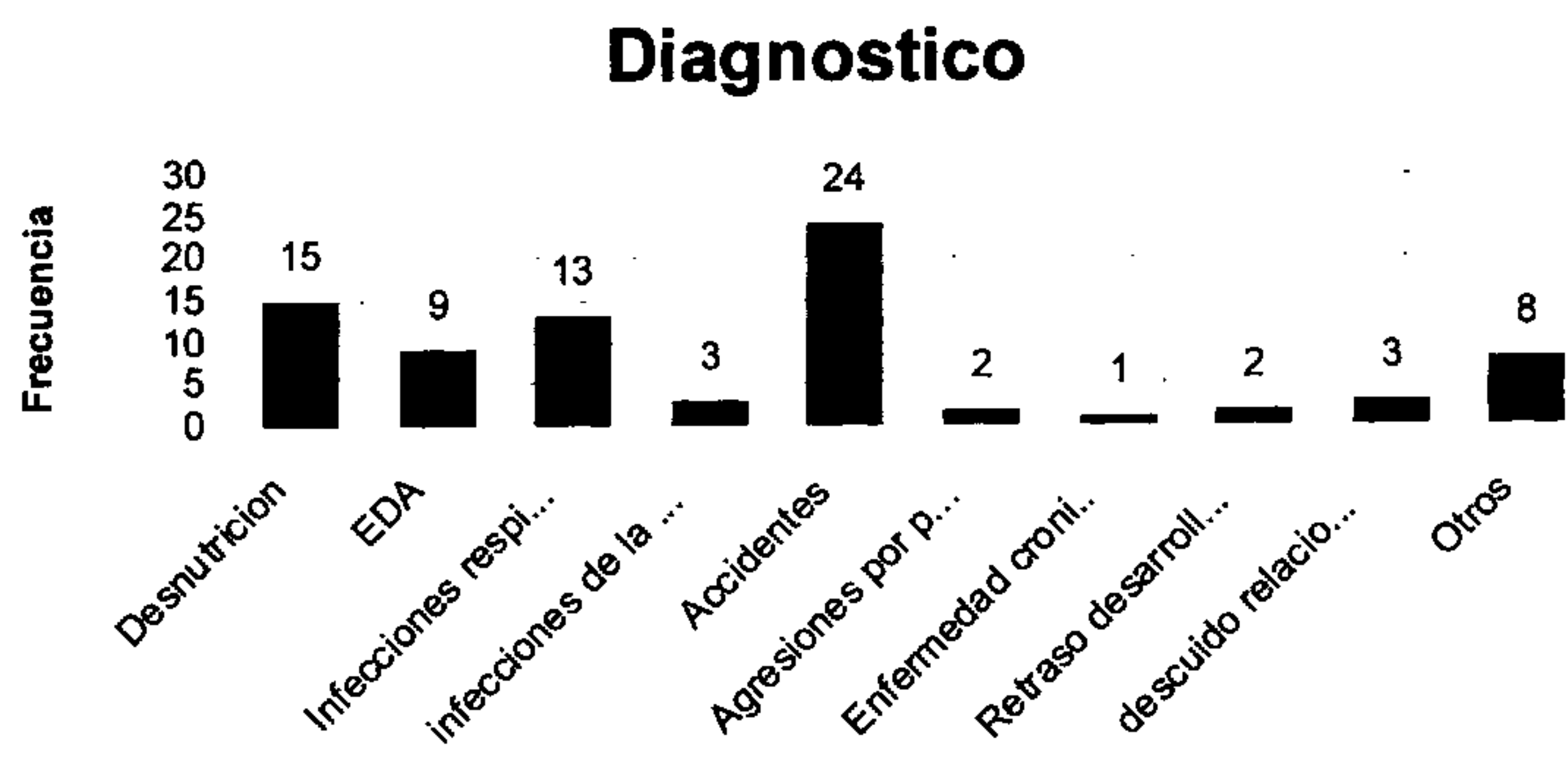
Tabla 2. Ciclo vital familiar

ETAPA	FRECUENCIA	%
Crianza inicial de los hijos	17	21,25
Familia con niños preescolares	18	22,5
Familia con niños escolares	24	30
Familia con hijos adolescentes	13	16,25
Familia en plataforma de lanzamiento	6	7,5
Familia de edad media	2	2,5
Total	80	100

Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de VIII Semestre Universidad de Cartagena, II Periodo de 2007

GRAFICA

GRAFICA 1



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FORO NACIONAL CONTRA EL MALTRATO INFANTIL. "Maltrato Infantil: una responsabilidad de todos". (citado 31 de enero de 2007). http://www.ycualestuplan.org/foro_maltrato/investigacion.html
2. Que hacer ante el maltrato infantil. Guías clínicas 2002. (citado 23 de octubre 2002). <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp>
3. Farinatti F. I congreso panamericano, IV iberoamericano, IX latinoamericano y XV colombiano de prevención y atención del maltrato infantil. Bogotá D.C, Colombia, Febrero de 2007.(citado 2 de marzo 2007) (<http://www.afecto.org.co/noticias.htm?x=20155185>)
4. GOLDMAN F. LOPEZ J. SANCHEZ E. VILLASEÑOR L. Atención de Enfermería ante el Maltrato Infantil. No 26. (citado octubre 2004) <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2004/octubre/maltratoinfantil.htm>
5. MORENO JM. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. Anales de psicología.2002, vol.18,Nº2(Diciembre). Pág. 261-272.
6. MORENO, J. Etiología del maltrato infantil: estilos educativo, practicas de crianza y contexto social.
7. Alfonso O, Fernández E, García F, Perea j. algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio.www.ucmh.sld.cu/articulorev9/mfis.htm



8. GOLDMAN F. LOPEZ J. SANCHEZ E. VILLASEÑOR L. Atención de Enfermería ante el Maltrato Infantil. No 26. (citado octubre 2004) <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2004/octubre/maltratoinfantil.htm>

9. Que hacer ante el maltrato infantil. Guías clínicas 2002. (citado 23 de octubre 2002). <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp>

10. MORENO, J. Etiología del maltrato infantil: estilos educativo, practicas de crianza y contexto social. (Citado 01-enero-04)

11. HERNANDEZ E. El maltrato infantil es un problema de todos. <http://www.psicologia-online.com/infantil/maltrato.shtml>.

12. Protocolo de atención del maltrato infantil en el Hospital infantil Napoleón Franco Pareja.

13. ROQUE E. CUCALO MA. Maltrato infantil. Un problema de todos los tiempos. (citado jueves 22 de marzo de 2007). <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZuVZAYzurRptfDdK.php>

14. ARIAS C. HERRERA J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia medica. (1994; 25: 26-8). <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>

15. Test de Rosemberg. (citado 2 de octubre de 2005). <http://www.psicoactiva.com/tests/test11.htm>

16. VICTORIA CR. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.1 Ciudad de La Habana (citado ene.-feb. 1999). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000100010&script=sci_arttext
17. Morales JM, Costa M. (1997) tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. Niños maltratados. 309-23. Madrid, España: Díaz de Santos.
18. Mola, L. Y. Comportamiento del maltrato infantil de 7 – 14 años en un consultorio. Trabajo de terminación de la especialidad de MGI. Camagüey. Policlínico "Ignacio Agramonte y Loynaz", 1999
19. Rostion A. Síndrome del niño maltratado: SNM Pediatría (Santiago de Chile) 1992; 35 (1): 34- 7
20. Stein MB. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in community sample. Am J Psychiatry -- 1996; 153 (2) : 275–7
21. López F. Prevalencia y consecuencia de abuso sexual al menor en España. Child Abuse. Neglect 1995; 19 (7) : 847 – 54.
22. Perea, J, et.al' Algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio.
23. Jiménez y Cols, "características de los padres que maltratan" http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100008&lng=es&nrm=
24. De Paúl. "el maltrato y abandono emocional"

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100008&lng=es&nrm=

- 25. Informe mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación Científica y Técnica. No. 588. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. 525. Twenty-third st., NW. Washington, D.C. 20037, EUA. 2003.
- 26. Duany Navarro "Violencia intrafamiliar en un área de salud". Rev Cub de Med General Integral. 2005; 21 (1-2).
- 27. Susana Q, Maltrato infantil en escolares pertenecientes al Consejo Popular "El Canal", Policlínico Docente Universitario "Cerro". TTR. Ciudad de la Habana, 2006.



ANEXO 1

APGAR

	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI 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 habla de las cosas y comparten los problemas con migo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus efectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.			

ANEXO 2

ESCALA DE ROSEMBERG

	SI	NO
Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.		
Estoy convencido de que tengo cualidades.		
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.		
Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.		
En general, estoy satisfecho con migo mismo.		
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.		
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.		
Me gustaría poder sentir mas respeto por mi mismo.		
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.		
A menudo creo que no soy una persona buena.		

ANEXO 3

GHQ-12

Por favor lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema de salud y como ha estado su salud en general en el último mes. A las siguientes preguntas responda lo que sea más verdadero para usted marcando con una equis (x) según corresponda.

		Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	¿Ha pedido el sueño por preocupaciones?				
2	¿Se ha sentido constantemente tensionado?				
3	¿Se ha podido concentrar en lo que esta haciendo?				
4	¿Siente que usted representa un papel útil en lo que esta haciendo?				
5	¿Ha sido capaz de afrontar sus problemas?				
6	¿Ha sido capaz de tomar decisiones?				
7	¿Ha sentido que no puede vencer sus dificultades?				
8	¿Teniendo en cuenta todo, se ha sentido razonablemente feliz?				
9	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades diarias?				
10	¿Se ha sentido triste o deprimido?				
11	¿Ha perdido confianza en usted mismo?				
12	¿Ha estado pensando que usted no vale nada?				



Tabla 3. Funcionalidad familiar

Disfuncionalidad familiar	Numero	%
Disfuncional	41	51,25
Funcional	39	48,75
Total	80	100

Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de VIII Semestre Universidad de Cartagena, II Periodo de 2007

Tabla 4. Salud mental del cuidador principal

Puntuación	Numero	%
> 11	60	65
< 11	20	35
Total	80	100

Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de VIII Semestre Universidad de Cartagena, II Periodo de 2007

Tabla 5. Autoestima del cuidador

Valoración	Numero	%
menos de 9 puntos	13	18,7
Entre 0 y 5	19	21,25
Mas de 5 puntos	48	60
total	80	100

Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de VIII Semestre Universidad de Cartagena, II Periodo de 2007