

**INCIDENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN  
EL HOSPITAL INFANTIL NAPOLEÓN FRANCO PAREJA DE LA CIUDAD DE  
CARTAGENA, ENTRE ENERO 2008 A ENERO 2009**

**AUTORES:**

**DRA. KATHERINE MENDOZA DEL RISCO**  
Residente PEDIATRIA

**TUTORA:**  
**DRA. CARMÉN ESCALLÓN**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

**Cartagena de Indias, Julio 2010**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **¿CUAL ES LA INCIDENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN EL HINFP DE LA CIUDAD DE CARTAGENA?**

El maltrato infantil ha sido una práctica de siglos atrás pero es ahora, ante los eventos de violencia que registran altos índices de mortalidad y morbilidad mundiales y en el país por esta causa, que se ha prestado mayor atención en el logro e identificación de situaciones que ponen en peligro la vida de los infantes. A través del tiempo diversas definiciones de maltrato infantil se han dado en torno a la problemática que presentan estos niños y al análisis de las consecuencias de las agresiones en cualquiera de sus modalidades.

Diversos estudios han demostrado que los niños maltratados o abandonados son por lo menos 25% más susceptibles a experimentar problemas tales como delincuencia, embarazo precoz, bajo rendimiento académico, uso de drogas y problemas de salud mental (Kelley et al., 1997). Así mismo, el abuso y el abandono incrementan la probabilidad de comportamiento criminal violento del adulto en un 28 a 30 % (Widom & Maxfield, 2001). El problema se incrementa y no tendrá como detenerse si se considera que los padres que maltratan a sus hijos frecuentemente han experimentado maltrato durante su propia infancia y por lo tanto serán potenciales maltratadores; se estima que aproximadamente una tercera parte de los niños abusados y abandonados eventualmente maltratarán violentamente a sus propios hijos (Prevent Child Abuse New York, 2001).

A partir de estos hallazgos, diversas investigaciones y trabajos mundiales y nacionales se han orientado para enfrentar la problemática; sin embargo, el éxito ha sido insuficiente, pues a la fecha, el maltrato infantil y su impacto sobre el desarrollo de las diversas esferas de los niños como seres humanos y las secuelas consecuentes al mismo, no dejan de ser un problema de salud pública y de otras áreas de la salud, la educación, la economía, en todas las regiones del mundo, incluso de las mas industrializadas.

El maltrato infantil empieza a aparecer como un grave problema de salud pública, cada día más reconocido que pone en alerta a organizaciones mundiales como la OMS, OPS, UNICEF y organizaciones nacionales quienes han demostrado la alta incidencia de la práctica de maltrato infantil y de las consecuencias en todas las esferas de los niños, sus familias y la comunidad. Así mismo, han unido esfuerzos para la protección de los derechos del niño y para el cuidado de su salud. Desde las políticas de salud pública, se ha convertido en una causa importante de lesiones infantiles que engloba innumerables secuelas y consecuencias para las condiciones de salud en general afectando el desarrollo sostenible del país, la calidad de vida de la población y la estabilidad de la salud pública por una causa

de practica muy frecuente en nuestro medio y altamente prevenible desde los factores modificables de comportamiento.

Debido a esta gran problemática mundial y regional, las consecuencias que esta misma acarrea y a que las medidas de prevención y las políticas actuales no están brindando la ayuda necesaria para combatirla, consideramos pertinente realizarnos la siguiente pregunta

**¿Cuál es la incidencia de maltrato infantil en los niños hospitalizados en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja de la ciudad de Cartagena?**

## JUSTIFICACIÓN

La importancia de detectar el maltrato es para buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo y de tomar medidas para evitar que sigan produciéndose tales agresiones en el seno de nuestra sociedad que afectan, precisamente, a los más débiles e indefensos, a los que, en muchas ocasiones ni siquiera pueden expresarse.

El sistema sanitario es un espacio aventajado para la detección y el abordaje de cualquier tipo de violencia, especialmente por la proximidad y la continuidad de la atención sanitaria. La identificación de maltrato infantil es un paso previo e imprescindible para la actuación y orientación de la problemática, para encaminar medidas preventivas.

Al realizar este proyecto, se pretende evaluar la prevalencia de maltrato en la población que acude al Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, la cual es un reflejo de la situación de Cartagena y algunas regiones aledañas por ser centro hospitalario de referencia.

La importancia del conocimiento de la epidemiología del maltrato a la infancia en nuestra población pediátrica, radica no solo en conocer el número total de casos en un periodo de tiempo, si no también los factores de riesgo asociados y las necesidades de prevención y atención que nuestra población posee.

Por los anteriores planteamientos, y por las condiciones económicas, culturales y sociales de nuestra ciudad, se hace necesario obtener un registro de la prevalencia de maltrato a la infancia, para de esta manera identificar la magnitud del problema y buscar soluciones teniendo presente las características del mismo. De igual manera, el proyecto es muy importante académicamente, debido a que sirve de base y orientación para proyectos futuros que busque un análisis más profundo acerca del maltrato del menor.

Así pues, esta investigación es *útil*, ya que brindará criterios y precisiones teóricas sobre el problema planteado; es *viable* ya que se puede acceder fácilmente a sus fuentes y es *factible* de realizar porque su costo es financiable por quien la dirige.

## **OBJETIVOS**

### **1. General**

2. Establecer la incidencia de maltrato infantil en los niños hospitalizados en el HINFP de Cartagena, entre Enero 2008 a enero de 2009

### **3. Específicos**

1. Identificar a los menores de 17 años que fueron hospitalizados por cualquier patología en el HINFP en el periodo de estudio.
2. Seleccionar a los sujetos a quienes se les realizo diagnostico de maltrato infantil a su ingreso o durante su estancia hospitalaria.
3. Identificar las formas de maltrato infantil más frecuente.
4. Conocer los factores asociados al maltrato infantil en esta población.
5. Proporcionar las bases para desarrollar un plan de acción para la intervención y la prevención del maltrato infantil en la comunidad estudiada.

## MARCO TEORICO

El maltrato infantil se presenta en todo el mundo como un problema de salud pública debido a los índices que ha alcanzado y a los daños que ocasiona tanto a corto, como a largo plazo; va en contra de los derechos del niño al interferir negativamente en su desarrollo [1] y además afecta a la familia, a la comunidad y a la sociedad en general [2].

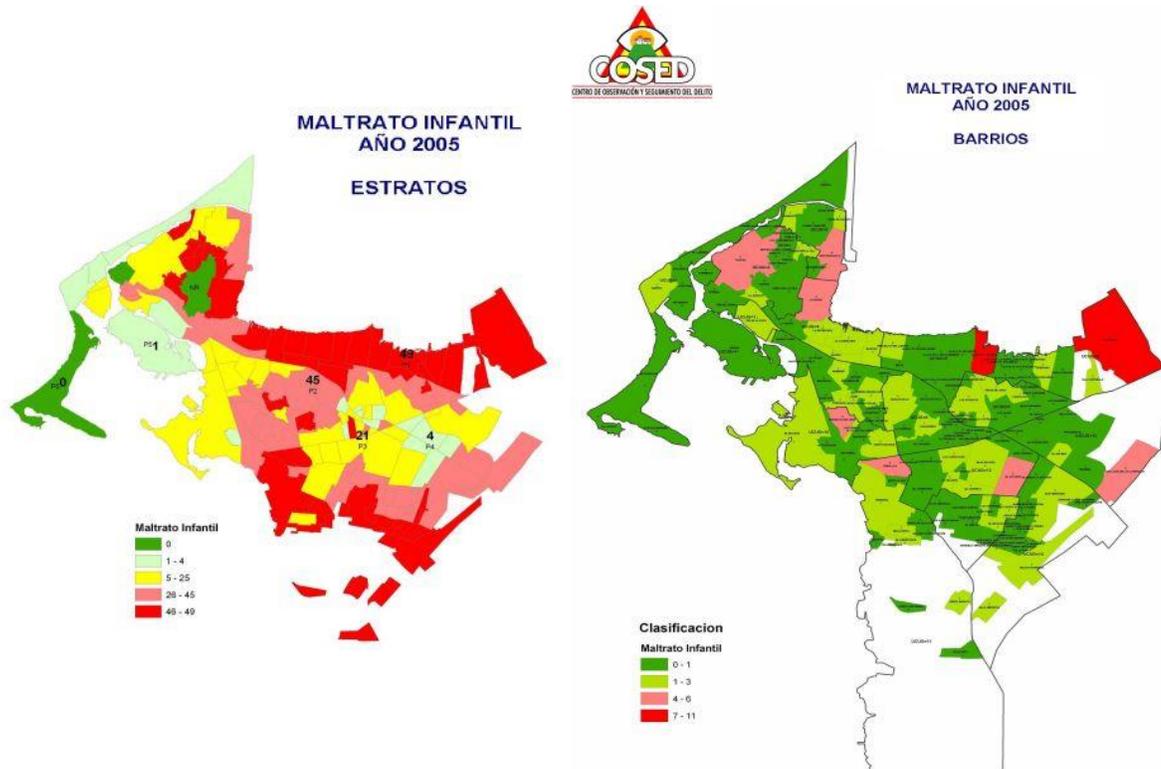
La situación actual de nuestro país, según la UNICEF en el año 2000 se registró 68.585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10.900 fueron por maltrato infantil, 43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos. La cifras alarmantes con relación al maltrato infantil no cesan, ya que 2 millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1.000 sufren de algún tipo de maltrato. La mortalidad con relación a este es igual de inquietante, debido a que en promedio, mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente [3], dando 57000 homicidios de niños menores de 15 años en el mundo. Son los niños muy pequeños los que corren mayor riesgo: en la población de entre 0 y 4 años, las tasas de homicidio son más de dos veces superiores a las registradas en los niños de entre 5 y 14 años (el 5,2 frente al 2,1 por 100 000). La causa más frecuente de muerte la constituyen los traumatismos craneales, seguidos de los traumatismos abdominales y la asfixia intencionada [4]. En el año 2004 el Sistema de Información Médico Legal del Instituto de Medicina Legal dictaminó 9847 casos de maltrato al menor [5].

En la ciudad de Bogotá muestra que el flagelo de la violencia intrafamiliar muestra un incremento progresivo de la denuncia a través de los años, pasando de 12.736 en el año 1994 a 36.149 en el año 2002, es decir, que el nivel de denuncia en este último año fue 283.8% con respecto al dato conocido hace 8 años, con todo y la estructura estatal desarrollada para atender esta problemática [6]. De igual manera en este estudio se hizo énfasis a otros aspectos, como las características del fenómeno, según el reporte de medicina legal y forense, se encuentra que el principal agresor fue el padre con un 39%, seguido de la madre con un 32%, el 14.5% fue agredido por una persona encargada de su cuidado y el 14% por el padrastro o madrastra. Se demostró también que no existe diferencias significativas entre el sexo niño agredido, ya que para el año 2002 se presentaron en Bogotá, 3646 casos de maltrato infantil de los cuales, 1726 (47%) fueron niños y 1920 (53%) niñas (Medicina legal y ciencias forenses)

El riesgo para los niños y las niñas del país aparece en dos sentidos, en lo individual, el deterioro de la condición humana, que disminuye su capacidad para establecer relaciones positivas, autoevaluarse y poder imaginar y construir proyectos de vida. En lo colectivo, el riesgo se evidencia en la dificultad para integrarse como ciudadanos en el medio familiar y sociocultural asumiendo derechos y responsabilidades.

En la ciudad de Cartagena [7] como se mostraran en los mapas que se ilustran a continuación, según el Centro de Observación y Seguimiento del Delito (COSED) y Distriseguridad Cartagena, el mayor número de casos reportados en el año 2005 se dieron en los barrios de estratos bajos, con un nivel cultural menor y de menor recursos económicos.

A las madres que tienen hijos vivos actualmente, en la ENDS 2005 [8] se les



preguntó sobre la forma que sus esposos o compañeros y ellas usan para castigar a los hijos. La modalidad más frecuente de castigo a los niños por parte del esposo o compañero es la reprimenda verbal (75%); sin embargo, el 41% menciona los golpes y 22% las palmadas. Los golpes por parte de los esposos o compañeros hacia los niños, son más frecuentes entre los hijos de mujeres mayores de 25 años, entre las que anteriormente estuvieron casadas o unidas, las residentes en la zona rural, en la Región Pacífica y en la Región Central, entre las de niveles más bajos de educación y más bajo y bajo del índice de riqueza. Los departamentos en donde los esposos o compañeros castigan más a los niños con golpes son: Caquetá, Cauca, Huila, Chocó, Norte de Santander, Arauca y Cesar. En donde menos castiga el padre a los niños con golpes es en San Andrés.

Al igual que en la ENDS 2000, en la ENDS 2005 se aprecia que las madres son más castigadoras que sus esposos o compañeros, pues la mitad de ellas (47%)

dijo que lo hacía con golpes y 34 por ciento con palmadas. Las mujeres que golpean más a los hijos son las mayores de 25 años, las que están en unión libre y las que estuvieron anteriormente unidas, las residentes en el área rural, en la regiones Pacífica y Central, las que no tienen educación y las de los niveles más bajo y bajo de riqueza. En los departamentos donde las mujeres golpean más a sus hijos son: Chocó, Caquetá, Guaviare, Cauca y Norte de Santander. En donde menos los golpean las madres es en San Andrés y Bogotá.

En un estudio realizado en la Costa Atlántica y el Litoral Pacífico Colombiano [9] que abarcó diversos capitales y municipios de esta región dio como resultado generales que el maltrato del menor posee una prevalencia estimada de 67%, de maltrato físico 52.4%, de maltrato emocional 27.6%, de abandono 17.1%, de negligencia 10.1% y abuso sexual 1.24%, cifra que son superiores a las que arroja UNICEF [3]. En estas zonas el maltrato infantil se asocia con bajos ingresos familiares (el 81.2% presentan un ingreso familiar inferior a un salario mínimo), alto número de personas conviviendo en la misma residencia, informante sin pareja, carencia de servicios públicos, bajo nivel educativo, antecedente de MI en la familia de origen. La ciudad de Cartagena estuvo incluida en este estudio, en esta se encontró que a diferencia del ENDS 2005, el maltrato está asociado con la baja edad del cuidador, y al igual que en toda la región estudiada con un alto número de personas conviviendo, antecedente de maltrato en la familia de origen, exposición a violencia externa, falta de recreación y con la falta de límites adecuados. Otros factores asociados de menor significancia fueron: la falta de afecto, creencias de autoridad y exposición a violencia intrafamiliar.

Por lo que el estudio concluyó que la situación de la infancia en estas zonas es crítica. No tienen los recursos necesarios para recibir una estimulación adecuada, muchos de ellos presentan déficit nutricionales y existe una alta prevalencia de maltrato infantil de la cual son víctimas

## **1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN**

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, a partir de la primera emitida por Kempe en 1962, quien originalmente define el maltrato infantil (MI) como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes [10].

Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del MI [11]; para Wolfe es “la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)” [12]. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor” [13]. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define a los niños

maltratados como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos” [14]. Kieran y O’Hagan [15] hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: “Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (p.e., miedo, humillación, ansiedad, desesperación, etc.) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social”.

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

En relación a la clasificación, de las distintas clasificaciones, señalas en la literatura, una de la más completa es la que se señala a continuación:

**Abuso o maltrato físico**, lo podemos definir como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo [15]. Se describen los miembros y el tronco como las localizaciones del cuerpo preferidas para la agresión y los motivos desencadenantes de éstas son principalmente las peleas entre hermanos, la desobediencia a los padres y los problemas en la escuela [17].

**Abuso psicológico**, es otra forma de violencia pero más difícil de ser detectada que se define como hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar [18,19]. Este pudiera presentarse de diferentes formas, regaños, aislar, aterrorizar, ignorar, crear expectativas reales o exigencias extremas e interferir negativamente sobre niños y adolescentes [17].

**Abuso sexual**, el mismo puede variar desde actos en que no existan contactos sexuales hasta diferentes tipos de actos con contacto sexual en los cuales el agresor está en un estadio de desenvolvimiento psicosexual más adelantado que el niño o adolescente víctima. Estas prácticas sexuales o eróticas son impuestas a través de violencia física, amenazas o inducciones de la voluntad de la víctima [17].

**Negligencia o Abandono físico**, es aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección, vigilancia y/o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño [19].

**Abandono emocional**, por su parte es la falta persistente de respuesta a señales (llanto, sonrisa) expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable [19,20].

**Explotación laboral infanto-juvenil** [19] es aquella situación en que los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que:

- 1- Exceden los límites de lo habitual.
- 2- Deberían ser realizadas por adultos.
- 3- Interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño.
- 4- Son asignadas al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

**El Síndrome Munchausen** o Síndrome de Munchausen por poder según Meadow recoge aquellos niños cuyos padres o tutores relatan historias clínicas falsas sobre los padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos y son objetos de evaluaciones médicas múltiples, aquí son reiteradas las admisiones hospitalarias. En ocasiones los síntomas son tan absurdos que se emplea un número elevado de investigaciones científicas, las cuales ponen en peligro la vida del paciente. Son niños de alto riesgo. Aquí se conocen afecciones clínicas múltiples, de ellas las más sobresalientes son: los trastornos alérgicos, las sepsis polimicrobianas, las intoxicaciones medicamentosas, la hipoglicemia, los sangramientos y otras [21].

## **2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO**

La mayoría de los estudios efectuados para conocer los factores que explican el maltrato (factores personales, familiares y socio-culturales) provienen de familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que ha llevado a un "error sistemático" profesional de identificación y señalamiento del abuso.

Se admite que no hay características demográficas o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños.

El modelo etiopatogénico que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso, es el modelo integral del maltrato infantil [22]. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este sistema factores compensadores (factores protectores) que actuarían

según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores potenciadores (factores de riesgo o de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil.

Wilson (1995) publica un meta-análisis en el que encuentra relación entre abuso infantil y bajo soporte social, recientes sucesos vitales estresantes, enfermedad psiquiátrica en la madre, embarazo no deseado e historia de abuso en la infancia de la madre o el padre [23].

Niveles ecológicos	FACTORES POTENCIADORES	FACTORES COMPENSADORES
<b>DESARROLLO INDIVIDUAL DE LOS PADRES</b>	Historia familiar de abuso Falta de afectividad en la infancia de los padres Baja autoestima <sup>19</sup> Pobres habilidades personales	Experiencia en los cuidados del niño Habilidad interpersonal C. I. elevado Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
<b>MEDIO FAMILIAR</b>		
a) Padres	Trastornos físicos / psíquicos (incluye ansiedad y depresión) Drogodependencias Padre / madre solo Madre joven Padre / madre no biológico Disarmonía familiar Enfermedades / lesiones Conflictos conyugales Violencia familiar Falta de control de impulsos	Planificación familiar Satisfacción personal Escasos sucesos vitales estresantes Intervenciones terapéuticas en la familia Ambiente familiar sin exposición a violencia Armonía marital
b) Hijos	Hijos no deseados Transtorno congénito Anomalías físicas o psíquicas Enfermedad crónica Tamaño de la patria Nacimiento prematuro Bajo peso al nacer Ausencia de control prenatal <sup>20</sup> Trastorno de la conducta del hijo <sup>21</sup> Proximidad de edad entre hijos	Apego materno / paterno al hijo Satisfacción en el desarrollo del niño
<b>EXOSISTEMA</b>		
a) Sociolaboral	Bajo nivel social / económico Desempleo <sup>22</sup> Insatisfacción laboral	Condición financiera
b) Vecindario	Aislamiento social	Apoyo social Buena experiencia con iguales
<b>MACROSISTEMA</b>		
a) Sociales	Alta criminalidad Baja cobertura servicios sociales Alta frecuencia desempleo Pobreza de grupo social <sup>23</sup> Alta movilidad geográfica	Programas de mejora , de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables <sup>24</sup> Programas sanitarios
b) Culturales	Aceptación castigo corporal	Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

Tomado y modificado de Morales et al. (1997)

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo. Browm J et al [24] realizan un estudio longitudinal de 644 familias entre 1975 y 1992 observando que la prevalencia de abuso o trato negligente aumenta del 3% cuando no se encuentra ningún factor de riesgo al 24 % cuando se observan 4 ó más factores de riesgo.

En España, Oliván (2002) publica un estudio retrospectivo en el que observa que la causa del maltrato infantil no está relacionado aisladamente con la presencia de discapacidad infantil, sino que está relacionado con la existencia de factores de riesgo familiar y del entorno, de forma que cuantos más de estos factores se asocien alrededor del niño discapacitado mayor es la posibilidad de maltrato. El 93,5% de los niños discapacitados que habían recibido maltrato al menos tenían otro factor de riesgo además de la discapacidad y el 64,5% presentaron más de uno [25].

Entre los factores individuales, la edad y el sexo desempeñan un papel importante en la victimización. Por lo general, son los niños pequeños los que corren mayor riesgo de maltrato físico, mientras que las mayores tasas de abusos sexuales se dan entre menores que han alcanzado la pubertad o la adolescencia [4,26,27]. En la mayor parte de los países, los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, mientras que éstas corren mayor riesgo de infanticidio, abusos sexuales y abandono, así como de verse obligadas a prostituirse [28,29]. Otro factor que aumenta la vulnerabilidad del menor al maltrato es el hecho de ser educado por un solo progenitor, o por progenitores muy jóvenes y sin el respaldo de una familia extensa [29,30].

También son factores de riesgo el hacinamiento en el hogar o la existencia en éste de otras relaciones violentas (por ejemplo, entre los padres) [29-31]. Las investigaciones indican que, en muchos países, las mujeres recurren al castigo físico más a menudo que los hombres, probablemente porque son las que pasan más tiempo con los hijos [31]. Sin embargo, cuando la violencia física causa lesiones graves o mortales, es más frecuente que la hayan perpetrado hombres [32], y también son ellos los que cometen la mayor parte de los abusos sexuales [25, 29]. Entre los factores que aumentan las probabilidades de que un padre u otro cuidador maltrate a un menor se cuentan las expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño, el escaso control de los impulsos, el estrés y el aislamiento social [29, 33]. Muchos estudios indican también que el maltrato de menor guarda relación con la pobreza y con la carencia de «capital social», es decir, de las redes sociales y las relaciones vecinales que, según se ha demostrado, protegen a los niños [34].

## METODOLOGIA

### 1. TIPO DE ESTUDIO

El siguiente es un estudio prospectivo descriptivo longitudinal de incidencia. Ya que en este estudio se revisarán los casos de maltrato infantil, que se le diligencian panilla de notificación de maltrato del menor, diagnosticados en la institución hospitalaria Napoleón Franco Pareja.

Las revisiones de los resultados iniciaran de acuerdo al cronograma estipulado. Estos datos serán registrados en la ficha de captura de datos. Posteriormente la ficha será analizada y verificada comprobando que cumpla con los requisitos de inclusión. Con base en estos datos se clasificará el caso como apto o no apto para digitar en la base de datos. Se procederá a su clasificación teniendo en cuenta el tipo de maltrato. El control de calidad en este estudio epidemiológico se llevará a cabo en varios puntos del proceso, desde la verificación de la recolección de la información, hasta la validación de la consistencia de las variables relacionadas. La verificación de la recolección de la información se realizará después de disponer de toda la recolección de datos. Posteriormente se le asignará un número de registro con el cual se identificará el caso. La validación de la consistencia de las variables relacionadas permitirá detectar errores en la captura de datos o en la digitación y de esta manera identificar que casos requerirán nueva verificación en campo. Los casos con inconsistencias en las variables de identificación serán corregidos con los datos de los formatos correspondientes.

En el análisis de la información se realizará cruces de variables con el objeto de identificar inconsistencias que puedan ser producto de errores de la extracción de datos o digitación de la información y que ameritasen nueva revisión. Los casos problemas serán analizados y discutidos y se contará con la colaboración de las áreas clínicas, trabajo social y psicología

### **2. Tipo de diseño:**

Este es un estudio observacional descriptivo, longitudinal y un céntrico.

### **Población Marco:**

Niños de 0 a 17 años de la ciudad de Cartagena.

### **Población de estudio:**

Población pediátrica (0 a 17 años) que hayan sido hospitalizados por cualquier enfermedad en el Hospital Napoleón Franco Pareja de la Ciudad de Cartagena Colombia, entre el período de estudio

### **Sujeto De Estudio:**

Sujetos diagnosticados con maltrato infantil a su ingreso o durante su hospitalización en el Hospital Napoleón Franco Pareja de la Ciudad de Cartagena Colombia.

**Medidas a utilizar:**

Se determinará la ocurrencia, mediante la medición de incidencia y la tasa de incidencia de casos durante el período del estudio.

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\# \text{ De sujetos confirmados con maltrato infantil}}{\text{Tamaño de la población por tiempo a riesgo}}$$

**Información de los sujetos:**

- **Administrativa:** se solicitará autorización por escrito a las directivas del HINFP, para acceder a los registros, estadísticas, historias clínicas y notas médicas de los pacientes diagnosticados con maltrato infantil.

**Obtención de la información:**

Se revisarán los registros clínicos de los pacientes menores de 17 años hospitalizados en el HINFP en el período señalado para el estudio, para ello se tomarán como fuente de información los archivos clínicos y los datos obtenidos del servicio de estadística de la institución a través del formulario de recolección de datos

**Posibilidad de sesgos:**

- Sesgo de información: puesto que cabe la posibilidad de obtener información incompleta, inconclusa o ilegible en las fuentes de estudio.
- Sesgo de selección: La muestra que se tomara deberá ser representativa para la población general, y por lo tanto cabe la posibilidad de presentar este sesgo.

**Tamaño del estudio:**

Se calculará la muestra del presente estudio por medio de la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 p (1-p) N}{E^2}$$

n: Tamaño de la muestra

Z: Grado de confiabilidad. Se manejará un grado de confiabilidad de 95%.

p: Incidencia.

N: Población total del estudio.

E: Margen de error. Se manejará un margen de error de 5%.

**Análisis de datos:**

Se analizarán los datos mediante el programa estadístico Epi – Info.

#### 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes de 0 a 17 años que consulten a la institución en la fecha del estudio  
Pacientes a quien se les diligencie ficha tipificada para maltrato de la institución  
Pacientes valorados por servicio de psicología y trabajo social para complementar diagnóstico.

#### 6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todos los casos por fuera de la fecha del estudio  
Casos a los que no se le diligencio hoja ficha de notificación de maltrato infantil.

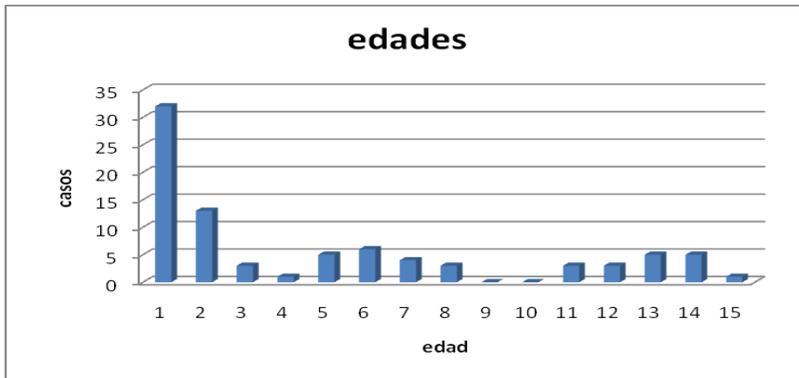
### RESULTADOS

- Durante el periodo del estudio fueron 84 pacientes los que cumplieron a cabalidad con los criterios de inclusión, los cuales fueron distribuidos así:

Sexo	No	%
masculino	32	52
femenino	38%	62%



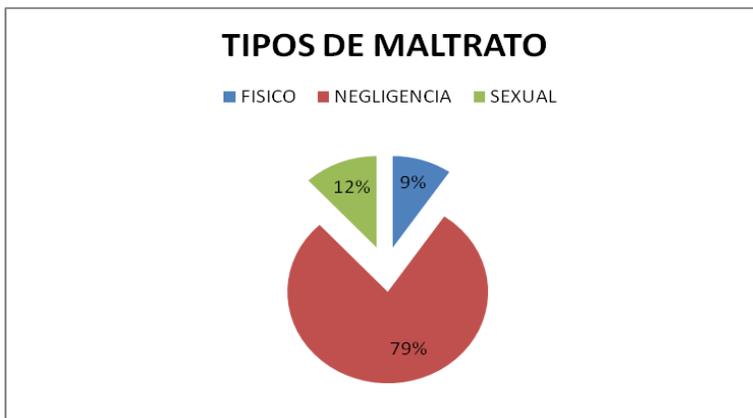
Los rangos de edades fueron los siguientes:



Siendo la poblacion mas afectada la menor de un año que corresponde al: 38% con 32 casos, al igual que la segunda mas afectada fueron los pre y adolescentes con el 20%

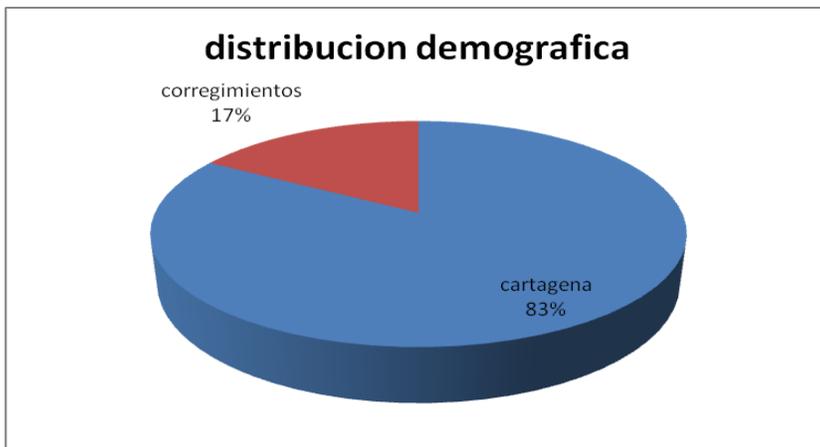
Los tipos de maltrato mas frecuentes en esta poblacion fueron:

FISICO	NEGLIGENCIA	SEXUAL
8	66	10
9,50%	78%	11,90%



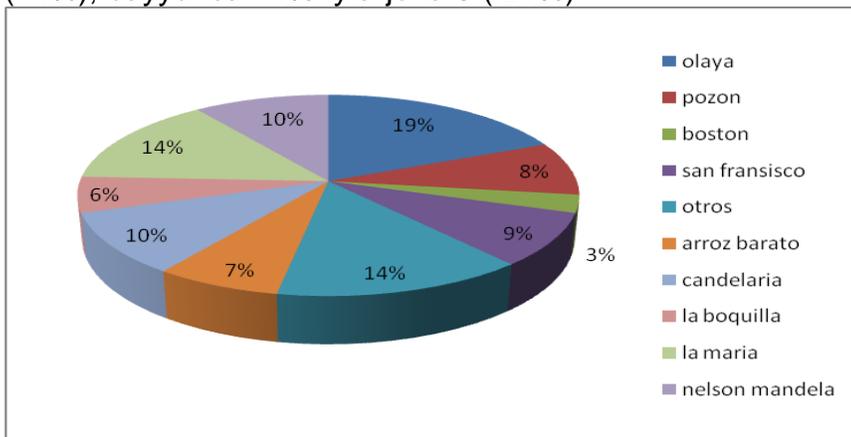
Estos pacientes pertenecían tanto el casco urbano como a corregimientos del dpt de bolívar, en la siguiente distribución.

cartagena	corregimientos
70	14
83%	17%



En la ciudad de cartagena, estos paciente pertenecian a la zona en su mayoría sur oriental de la ciudad, incluyendo sectores de desplazamiento de sur de bolivar, que se encuentran asentados en estas zonas de la ciudad

Con respecto a los corregimientos del dpto, los mas afectados fueron las del carmen de bolivar: 2 ( 14%), maria la baja,4 ( 28%) isla baru, villa nueva. 2 (14%), bayyunca 14% y arjona 3 ( 21%)



$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\# \text{ de sujetos confirmados con maltrato infantil } 84}{1496 \times 1 \text{ año}}$$

Tasa de incidencia 0,05 x 1 año

Y la Incidencia de maltrato infantil en el HINFP durante el 2008 fue del . 5,6%

## DISCUSION

Definitivamente el maltrato infantil, sigue golpeando de manera contundente a las poblaciones más vulnerables de nuestra población.

Nuestro estudio concuerda con lo que nos muestra la literatura internacional, es el sexo femenino, el más atacado por este flagelo, lo que nos da una muestra directa que lo que sucede con estas niñas en su etapa adulta, pasar a aumentar las estadísticas de mujeres maltratadas y golpeadas en nuestro país.

Llama la atención, la coincidencia con los datos arrojados por el departamento de seguridad de la ciudad, en el que las zonas más afectadas por los casos de maltrato intrafamiliar no distan de los datos que presentamos anteriormente, ya que son las zonas con altos índices de desplazamiento y pobreza las que muestran, los más altos índices de maltrato en los niños, como lo es la zona sur oriental de nuestra ciudad, formada por los sectores de Olaya, Nelson mándela, el pozón, san francisco y sus aledaños.

Un dato que nos llama la atención, es el hecho que nuestro estudio mostro datos de los municipios aledaños a Cartagena, que hasta el momento no habían sido reportados por otros estudios, es preocupante el hecho que en zonas como maría la baja y el Carmen de bolívar se presenten con más frecuencia estos hechos, lo que debería encaminarnos a reforzar los planes de prevención, promoción y vigilancia de la población infantil en esta zona.

Desconcertante es el hecho de alto índice de maltrato en menores de un año, el cual se asocia a más índices de mortalidad por las características propias de esta población.

La negligencia y el abandono siguen el tipo de maltrato más común en la población infantil.

Este es solo el primer paso para la realización en este centro hospitalario y en la ciudad de nuevos estudios, encaminados a profundizar sobre los factores de riesgo intrafamiliares más llamativos en los núcleos familiares de esos pacientes, para realizar acompañamiento continuo en estas familias para que estos hechos no se repitan.

**Ficha del Estudio**  
**MALTRATO INFANTIL EN EL HINFP**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO:  
\_\_\_\_\_

DX INGRESO: \_\_\_\_\_ DX  
EGRESO: \_\_\_\_\_

TIPO DE MALTRATO  
FISICO  
NEGLIGENCIA

SEXUAL

PSICOLOGICO  
INSTITUCIONAL

MUSCHAUSEN

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONU. Convención sobre los derechos de los niños. New Cork: ONU – Asamblea General; Nov 20.1989
2. Ramírez C. Modelo integrado en la evaluación clínica en el maltrato infantil. Acta Colombiana de Psicología. 2002; 7:61-69
3. UNICEF. Maltrato Infantil. Colombia 2003. [hppt://www.unicef.org.co/03c\\_c.htm](http://www.unicef.org.co/03c_c.htm)
4. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. En: Reece RM, Ludwig S., eds. Child abuse: medical diagnosis and management. 2a ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47–80.
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forenses (2005) Datos para la Vida. Bogotá: INMLCF;2005
6. Páez G. Programa Centros de Acompañamiento en Restauración de Principios y Valores en la Familia-CAVIF. Proyecto de Acuerdo 123 de 2004
7. Violencia intrafamiliar 2005 – COSED. Maltrato en parejas e infantil. Clasificación por estratos y barrios [hppt://www.distriseguridad.gov.co/cosed/mapas.php](http://www.distriseguridad.gov.co/cosed/mapas.php)
8. ENDS 2005. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Violencia contra las Mujeres y los Niños.
9. Ramírez C. y Pinzón A. Prevalencia y Factores Asociados al Maltrato Infantil en Comunidades de la Costa Atlántica y el Litoral Pacifico Colombiano. Revista Saludarte. Vol 5. N° 1. Feb. 2007
10. Kempe HC, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA 1962;181:105-112.
11. Osorio CA. El niño maltratado. 2a. edición. México, D.F.: Trillas, 1995.
12. Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México, D.F.: Trillas, 1991
13. Aguilar AM. Maltrato a menores. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992:192-200.

14. Gamboa CF. Prevención al maltrato del menor y su maltrato social. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992: 300-307.
15. Kieran PO. Emotional and psychological abuse: Problems of definition. Child Abuse Negl 1995; 19: 446-461.
16. Pérez Fuentes G. Ponencia: Violencia en el niño. 2000, Ciudad Habana
17. Goncalves de Asís Simone. Crescer Sem Violencia. Fundacao Osvaldo Cruz. Escola Nacional de San de Pública. Centro Americano de Estudos de Violencia e Sandé, Río de Janeiro, Setembro de 2001 Pág. 111-115.
18. Revista Latinoamericana de Psicología. 2001, Vol. 32, No. 2, PP 24-36.
19. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Carrera de Especialización en Violencia Familiar. Definición de los diferentes tipos y categorías de maltrato. Uso Interno. Revista Maltrato infantil, Facultad Buenos Aires, 2000.
20. Acosta Tiele Néstor. Maltrato Infantil. Instituto Cubano del Libro. Editorial Científico Técnica, 2000.
21. Alain, D "En Brasil: La tierra es mía". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 2000, Vol. 115, No. 6, PP 549.
22. Morales JM; Zunzunegui Pastor V; Martínez Salceda V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. Gac Sanit 1997 Sep-Oct;11(5):231-41.
23. Wilson LM; Reid AJ; Midmer DK; Biringir A; Carroll JC; Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. CMAJ 1996 Mar 15;154(6):785-99.
24. Brow J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl 1998; 22(11): 1065-78.
25. Oliván G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. An Esp Pediatr 2002; 56(3): 219-23.

26. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543–1555.
27. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
28. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435–447.
29. Igualdad, Desarrollo y Paz. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000.
30. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
31. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163–1173.
32. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
33. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
34. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.