

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES  
ASOCIADOS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MALTRATO  
INFANTIL QUE INGRESAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN  
LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2008.**

**VLADIMIR CUELLAR FIERRO  
DAVID ANDRES ORTIZ MADURO  
LUIS CARLOS POLANIA FALLA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA- HUILA  
2008**

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES  
ASOCIADOS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MALTRATO  
INFANTIL QUE INGRESAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN  
LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2008.**

**VLADIMIR CUELLAR FIERRO**

**DAVID ANDRES ORTIZ MADURO**

**LUIS CARLOS POLANIA FALLA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
MÉDICO Y CIRUJANO**

**Asesor metodológico**

**DOLLY CASTRO BETANCURT**

**Enfermera jefe - especialista en epidemiología**

**Asesor científico**

**EDUARDO FORERO**

**Medico y cirujano- especialista en cirugía pediátrica**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

**FACULTAD DE SALUD**

**PROGRAMA DE MEDICINA**

**NEIVA- HUILA**

**2008**

**Nota de aceptación**

-----  
-----  
-----  
-----

-----

**Firma del presidente del jurado**

-----

**Firma del jurado**

-----

**Firma del jurado**

**Neiva, Diciembre 18 de 2008**

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias y a nuestros docentes por el apoyo incondicional y las enseñanzas durante estos años de estudio

*VLADIMIR*

*DAVID ANDRES*

*LUIS CARLOS*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

El presente trabajo fue realizado con la supervisión académica de la Maestra Dolly Castro Betancourt, la Maestra Francy H. Salas Contreras directora clínica del buen trato, el Dr. Eduardo Forero, a quienes expresamos nuestra más profunda gratitud por brindarnos la oportunidad de trabajar bajo su supervisión en nuestro proyecto de tesis. Gracias a su apoyo, sugerencias y dedicación se hizo posible la pronta terminación de nuestra tesis. Sin duda alguna, además de ser nuestros directores de tesis son unos seres humanos maravillosos quienes merecen nuestro respeto, cariño y sinceridad en todo momento.

Agradecemos a Dios y a nuestros padres por darnos la oportunidad de estudiar una carrera profesional en tan prestigiosa universidad. Por la confianza que depositaron en nosotros y por su cariño incondicional.

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los profesores de la universidad Surcolombiana por haber contribuido de una u otra manera en nuestra formación académica.

## **CONTENIDO**

	<b>Pag.</b>
INTRODUCCION	<b>1</b>
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	<b>3</b>
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	<b>6</b>
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	<b>7</b>
2.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA	<b>11</b>
2.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	<b>12</b>
3. JUSTIFICACION	<b>13</b>
4. OBJETIVOS	<b>15</b>
4.1 OBJETIVO GENERAL	<b>15</b>
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	<b>15</b>
5. MARCO TEÓRICO	<b>16</b>
5.1 MALTRATO INFANTIL	<b>16</b>
5.2 TIPOS DE MALTRATO	<b>17</b>
5.3 CONSECUENCIAS EMOCIONALES DEL MALTRATO	<b>18</b>
5.4 ¿POR QUÉ LOS PADRES MALTRATAN A SUS HIJOS?	<b>19</b>

5.5 TIPIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA	20
5.5.1 Causas intrafamiliares del síndrome de maltrato Infantil	21
5.5.2 Causas extra - familiares del síndrome de maltrato Infantil	24
6. DISEÑO METODOLÓGICO	27
6.1 TIPO DE ESTUDIO	27
6.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	28
6.3 DESCRIPCIÓN DE POBLACIÓN Y MUESTRA	28
6.4 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES	28
6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACION	29
6.6 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
6.7 PRUEBA PILOTO	31
6.8 CODIFICACIÓN Y TABULACION	31
6.9 FUENTES DE INFORMACION	32
6.10 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	32
6.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
7. RESULTADOS	34

8. DISCUSIÓN	45
9. CONCLUSIONES	48
10. RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	52

## LISTA DE CUADROS

	<b>pag.</b>
<b>Cuadro 1.</b> Distribución de frecuencias por Rango de edad de los pacientes con diagnostico de maltrato.	<b>34</b>
<b>Cuadro 2.</b> Distribución de frecuencias por municipio de procedencia de los pacientes con diagnostico de maltrato.	<b>35</b>
<b>Cuadro 3.</b> Distribución de frecuencias según la Seguridad Social de los pacientes con diagnostico de maltrato infantil.	<b>36</b>
<b>Cuadro 4.</b> Distribución de frecuencias por nivel de escolaridad de los pacientes con diagnostico de maltrato infantil.	<b>36</b>
<b>Cuadro 5.</b> Distribución de frecuencias de los paciente con diagnostico de maltrato infantil que requirieron atención en UCI	<b>37</b>
<b>Cuadro 6.</b> Distribución de frecuencias de los Indicadores asociados al Maltrato en los pacientes con diagnostico de maltrato infantil.	<b>37</b>
<b>Cuadro 7.</b> Distribución de frecuencias de los factores individuales asociados al maltrato infantil en los pacientes con diagnostico de maltrato.	<b>38</b>
<b>Cuadro 8.</b> Condición Final del paciente maltratado al finalizar el proceso de atención.	<b>39</b>

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
<b>Grafica 1.</b> Distribución de frecuencias por sexo de los pacientes con diagnostico de maltrato	<b>40</b>
<b>Grafica 2.</b> Distribución de frecuencias por área de procedencia de los pacientes con diagnostico de maltrato	<b>41</b>
<b>Grafica3.</b> Distribución de frecuencias por estrato socioeconómico de los pacientes con diagnostico de maltrato	<b>41</b>
<b>Grafica4.</b> Distribución de frecuencias según factores familiares relacionados de los pacientes con diagnostico de maltrato	<b>42</b>
<b>Grafica 5.</b> Distribución de frecuencias según el tipo de maltrato	<b>43</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Instrumento para la recolección de información	<b>53</b>
<b>Anexo B.</b> Presupuesto	<b>55</b>
<b>Anexo C.</b> Cronograma	<b>57</b>
<b>Anexo D.</b> Operacionalización de variables	<b>58</b>
<b>Anexo E.</b> Consentimiento informado	<b>60</b>

## **RESUMEN**

### **Introducción**

El maltrato en los niños y las niñas es un grave problema social, con raíces culturales y efectos físicos y psicológicos perdurables hasta la adultez, este problema afecta familias de cualquier nivel económico, educativo y a niños y niñas de cualquier edad.

### **Pacientes y métodos**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, el grupo objeto de estudio fue de 14 pacientes atendidos en el Servicio de pediatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se realizó revisión documental de historias clínicas así como entrevista a los padres y/o responsables del menor; previo diligenciamiento del consentimiento informado. El tipo de estadística que se utilizó en el desarrollo del trabajo fue de carácter descriptivo univariable; el proceso de codificación y tabulación de las variables se realizó de manera sistemática a través de EPIINFO.

### **Resultados**

De los factores familiares relacionados con maltrato, en nuestro estudio se encontró que el más frecuente era el desempleo que coincide con la situación actual de nuestro país y que no fue tomado en el estudio (SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocolos de Pediatría Social Maltrato infantil. Asturias) como factor de riesgo para Maltrato infantil. Los otros factores familiares relacionados con maltrato encontrados en nuestro estudio fueron el estrés la drogadicción y el alcoholismo los cuales si corresponden a factores de riesgo para maltrato según (SUAREZ Y

colaboradores).

El tipo de familia de los pacientes incluidos en nuestro estudio fue en un 44% nuclear, un 21% reconstituida, un 21% extensa y un 14% monoparental materna, este dato fue incluido por haber sido estimado importante a través de la experiencia donde las familias reconstituidas parecían ser un factor de riesgo para maltrato y la familia extensa se presentó en casos de abandono o problemas familiares estas condiciones el resto de la familia se hace cargo del menor según lo observado en nuestro estudio.

La negligencia fue el tipo de maltrato mas encontrado en nuestro estudio, y se encontró en el 100% de los pacientes que tenían enfermedad crónica, los indicadores de maltrato relacionados con negligencia son quemadura, abandono del tratamiento médico, desnutrición, embarazo en menor de 14 años y consulta tardía.

### **Conclusiones**

El tipo de maltrato que más se encontró fue negligencia por la misma situación en que se encuentra el país trae que los padres de los menores por buscar el sustento diario descuiden sus hijos, aunque es muy importante resaltar que el tipo de familia que se encontró fue el nuclear.

**Palabras clave:** Maltrato infantil

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Mistreat in the children are a serious social problem, with cultural roots and lasting physical and psychological effects until the aduitez, this problem affects families of any economic, educative level and children of any age.

### **Patients and methods**

An observacional study was performed, descriptive, prospective study, the group study object was of 14 patients taken care of in the Service of paediatrics of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, document review of clinical histories as well as interview to the parents and/or people in charge of the minor; prior diligence of the informed consent. The type of statistic that was used in the development of the work was of descriptive nature univariable; the process of codification and tabulation of the variables was performed of systematic way through EPIINFO.

### **Results**

The familiar factors related to mistreat, in our study one of the most frequent it was the unemployment that agrees with the present situation of our country and that was not taken in study (SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocols of Social Pediatrics infantile mistreat e. Asturias) as factor of risk for infantile mistreat. The other familiar factors related to mistreat found in our study were stress the drug addiction and the alcoholism which correspond to factors of risk for mistreat according to (SUAREZ and collaborator).

Negligence was the most common type of mistreat that we found in our study, and

it was in the 100% of the patients who had chronic disease, the indicators of mistreat related to negligence are burn, abandonment of the medical treatment, undernourishment, pregnancy in minor of 14 years and consults delayed.

### **Conclusions**

The type of mistreat most common was negligence by the situation in our country brings that the parents of the minors to look for the daily sustenance neglect its children, although it is very important to stand out that the type of family most common was the nuclear one.

**Keywords:** teenage pregnancy

## INTRODUCCION

El maltrato en los niños y las niñas es un grave problema social, con raíces culturales y efectos físicos y psicológicos perdurables hasta la adultez, este problema afecta familias de cualquier nivel económico, educativo y a niños y niñas de cualquier edad.

Igualmente el maltrato a los niños y niñas ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra; hasta hace poco fue tolerado e inclusive estimulado por considerarse un derecho inalienable de los padres o de los adultos, bajo la excusa de la “corrección”. Desde la perspectiva del modelo social jerárquico y de la identidad de género, se considera que el fenómeno del maltrato está enmarcado en sistemas rígidos que atribuyen cualidades “especiales y diferenciales” a hombres y mujeres, así como poderes casi absolutos a quienes por su fuerza física o edad pueden abusar de los niños y las niñas.

Además el fenómeno del maltrato tiene rasgos que varían dependiendo de la posición socioeconómica, el lugar de residencia, el acceso a los servicios de salud, la educación, grupo étnico, sexo, edad y valores o creencias del grupo social específico en el cual se manifiesta, así como del lugar que el niño o niña ocupa en un núcleo social determinado.

El maltrato en general y los castigos físicos en particular, son las manifestaciones de violencia más difundidas en nuestra sociedad, aplicándose de manera muy sutil y silenciosa hacia niños y niñas.

El hogar, la calle y la escuela son escenarios comunes para ejercerla; de tal manera, que para cualquier conceptualización de maltrato, deben considerarse

como partes interactuantes: el niño o niña agredido, el adulto agresor, el contexto familiar y el entorno sociocultural en donde ocurre este fenómeno.

Por su multicausalidad y sus implicaciones físicas, psicológicas, sociales y familiares, el maltrato es un problema que afecta profundamente a la población infantil y que ha tomado enormes dimensiones en nuestra región. Para entender este fenómeno se puede comenzar por su conceptualización así:

Se entiende por Síndrome de Maltrato Infantil: "la injuria mental y/o abuso sexual y/o al trato negligente sobre todo individuo menor ocasionado por la persona encargada de su cuidado y custodia, que implique peligro o amenaza para la salud, el bienestar físico y mental del niño".

En nuestro medio existe el agravante de no conocer a ciencia cierta la magnitud del problema y las implicaciones que esto conlleva, ya que muchas veces el maltrato infantil es conocido como un patrón de crianza como se explica anteriormente y porque no existe una cultura social de protección al menor tan significativa.

Existe una gran preocupación de la profesión médica y más específicamente de los pediatras por intervenir en este fenómeno por lo que se han establecido criterios para sospechar e identificar los casos de maltrato para ser intervenidos lo más tempranamente posible por un equipo multi y transdisciplinario.

Por ello el presente estudio es observacional, prospectivo de casos y pretende identificar los factores epidemiológicos, el tipo de maltrato y los indicadores de maltrato presentes en nuestro medio, a partir de los casos que llegan al hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

## 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Los antecedentes investigativos de esta problemática en el municipio de Neiva son pocos en el ámbito clínico, los hay en el social comunitario y educativo, durante nuestra investigación se tendrán en cuenta tres de lo más importantes trabajos realizados en el hospital universitario y establecimientos educativos de enseñanza básica primaria del municipio de Neiva.

En uno de los trabajos de investigación sobre maltrato infantil en niños hospitalizados, se buscó diseñar y establecer una estrategia educativa para disminuir el maltrato en el niño, con la participación activa del personal de enfermería, en el estudio observaron la gran disponibilidad del personal de enfermería al cambio y la aceptación de establecer la estrategia de educación continua a las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría.

Además se tiene que el maltrato infantil aún en el siglo XXI se observa en el servicio de hospitalización de pediatría del hospital universitario de Neiva por parte de los padres o familiares del menor y se requiere con urgencia la asesoría psicológica y mental para los familiares maltratadores del menor, ya que los diferentes factores de riesgo a que están expuestos los niños llevan a que estos sean en potencia los maltratadores del mañana.<sup>1</sup>

En otro de los trabajos se buscó identificar las características del maltrato infantil encontrado por los docentes de establecimientos educativos de enseñanza básica primaria, madres comunitarias de los hogares de bienestar y niños con signos de maltrato en la ciudad de Neiva, igualmente determinar las modalidades de maltrato

---

<sup>1</sup> BERMEO, Luz Mirian y otros. Niños hospitalizados por maltrato infantil en el servicio de pediatría del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el periodo de enero a abril del 2000.

infantil que se presentan, los grupos de edad, los actores que realizan el maltrato, los hechos asociados y los espacios donde se presenta el maltrato infantil se concluye que aunque se tiene conciencia que " a todos los niños les pegan", como mecanismo de los padres para educar al hijo, se considera al niño o niña maltratada aquella que llega al centro docente y al hogar de bienestar con signos evidentes de maltrato, es decir, los casos más agudos de maltrato. Otro de las conclusiones a las que se llegó es que en todas las comunas de Neiva se tiene el maltrato, y que la edad más vulnerable para el niño maltratado se encuentra entre los 5 y 9 años. Y el género que sobresale es el masculino.<sup>2</sup>

El tercer trabajo de referencia es "características del maltrato infantil encontradas en la población que consulta al hospital universitario de Neiva" cuyo objetivo fue determinar características del maltrato infantil en niños de cero a doce años que consulta en el hospital universitario de Neiva. Este estudio pretendía establecer la frecuencia con que se presentan los casos de maltrato infantil en los niños, identificar los actores que realizan el maltrato infantil, identificar los espacios y momentos que desencadenan el maltrato, determinar la localización de las lesiones en los niños maltratados y a su vez establecer estrategias de prevención y atención del maltrato infantil. En este estudio se concluyó que existe un subregistro considerable de los casos de maltrato infantil en el hospital universitario de Neiva además no existen un lenguaje, criterios y conceptos unificados en el círculo de los profesionales de la salud que atienden el maltrato infantil, que es lo que se pretende con las estrategias AIEPI (Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia) e IAMI (Institución amiga de la mujer y la infancia). Anota además que los esfuerzos hechos por combatir el maltrato infantil resultan paliativos, generando un aumento en la frecuencia de dicho maltrato, que se puede también traducir con mayor sensibilización de las personas y por ende

---

<sup>2</sup> DELGADO, María Consuelo y otros. características del maltrato infantil identificadas por los docentes de establecimientos educativos de enseñanza básica primaria, madres comunitarias de los hogares de bienestar y niños con signos de maltrato en la ciudad de Neiva.

disminución del temor a denunciarlo.

Los tipos de maltrato identificados en el hospital universitario de Neiva en su mayoría corresponden al físico y al abandono o negligencia quienes realizan el mayor media maltrato infantil son los padres y los espacios y momentos que favorecen y desencadenan el maltrato infantil son el entorno hogareño, durante la tarde y en mayor frecuencia los fines de semana. La zona principalmente golpeada es la cabeza y los miembros y el tipo de lesión son las contusiones en tejidos blandos y fracturas.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> DELGADO, Maria Consuelo y otros. características del maltrato infantil encontradas en la población que consulta al hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato en los niños y las niñas es un grave problema social, con raíces culturales y efectos psicológicos, que pueden producirse en las familias de cualquier nivel económico y educativo.

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufran grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte.

Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay que tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales.

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la edad adulta.

## **2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

El MI es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: “El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad”.

El MI se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos.

El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, entre otros.

Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida.

El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

Margaret Lynch describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera.

A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países; no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>SANTANA-TAVIRA, Rosalinda. El maltrato infantil: un problema mundial. En: Salud Pública de México. Ciudad de México. vol.40, no.1, (enero-febrero de 1998); P.1-2.

En el tiempo de la Colonia, la Inquisición en América, mediante una rígida educación generó severas relaciones paternas filiales.

El primer artículo que claramente presenta el problema aunque no lo identifica como tal, fue escrito por Ambroise Tardieu en Francia, en 1860. Basados en hallazgos de necropsias describió lesiones encontradas en niños; muchos de los cuales fueron quemados y asfixiados.

En 1946, se publicaron los hallazgos de fracturas múltiples y hematomas subdurales en 6 niños; se inició la descripción de lo que hoy se conoce como "Síndrome de Maltrato Infantil".

En 1953, Silverman describió lo que llamó "Traumatismos Esqueléticos no reconocidos" y sugirió que muy posiblemente los padres eran los autores.

Kempe y Silverman, introdujeron el término de "Síndrome del Niño Golpeado" relacionando las lesiones, generalmente con los padres o algún adulto que cuidaba al menor. En estos niños se observaba una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc., por falta de atención del adulto. Este fenómeno puede o no ir acompañado de abuso sexual y maltrato físico.

Con el transcurso del tiempo nuevas modalidades de maltrato se han descrito:

"Síndrome de Munchausen", "Abuso y Negligencia Fetal".

En el caso particular de nuestro país, la estructura familiar colonial del tipo cuasi patriarcal se mantuvo por mucho tiempo y el Código Civil la recogió en su sistema legal. El ejercicio de la patria potestad era concebida en interés de los padres y no de los hijos. Más tarde se dictó la Ley 10.903 que modificó dicha concepción, al establecer que es: "un conjunto de obligaciones y derechos respecto de todos los hijos nacidos fuera y dentro del matrimonio". El proceso de reforma de institución culmina con la Ley 23.264, que otorga el beneficio de la patria potestad al padre y a la madre en forma conjunta. El actual Código Civil prohíbe claramente los malos

tratos, castigos o actos que lesionen o menoscaben física o psíquicamente a los menores. En el Código Penal, también es contemplado el Maltrato Infantil en todas sus formas.

El Maltrato Infantil está directamente relacionado con la violencia familiar, entendiéndose por ella como: "todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia, considerando como relación de abuso toda conducta que por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia. Debiendo ser las relaciones crónicas, permanentes o periódicas.

La incidencia de esta disfuncionalidad familiar no se ve influenciada por la clase social, el nivel educacional, el estado civil, la raza, la religión, la edad o el vínculo que une a los miembros, de una familia.

Se entiende por Síndrome de Maltrato Infantil: "la injuria y/o mental y/o abuso sexual y/o al trato negligente de todo individuo menor ocasionado por la persona encargada de su cuidado y custodia, que implique peligro o amenaza para la salud, el bienestar físico y mental del niño".

1. Abuso físico
2. Negligencia
3. Abuso sexual
4. Abuso emocional
5. Formas combinadas
6. Otras formas
  - a. Menores forzados a:
    - Tomar alcohol
    - Mendigar o robar
    - Trabajar excesivamente
    - Ejercer la prostitución
  - b. Síndrome de Munchausen
  - c. Síndrome de Muerte Súbita

Al Hospital le compete, como institución, la tarea de detección precoz de M.I., evaluación diagnóstica del niño y su familia, conexión con los demás recursos de la comunidad (sociales, jurídicos y educativos), tratamiento de las patologías encontradas en el niño y seguimiento de éste y su familia.<sup>5</sup>

## **2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Estudios en diversos países, han demostrado que el maltrato infantil es un problema de carácter multi-causal en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que los rodea y un estímulo que sirve de gatillo para la agresión.

Los objetivos de la atención médica en los casos de maltrato infantil son: establecer el diagnóstico, o la sospecha diagnóstica de maltrato, instaurar el tratamiento necesario y asegurar la protección del pequeño para que no vuelva a ser agredido. Puesto que nuestra intervención puede ser perjudicial para el pequeño (víctima secundaria,) debemos procurar siempre evitar iatrogenia y procurar que nuestra intervención sea lo más completa posible para evitar, en lo posible, repeticiones.

El diagnóstico de maltrato infantil suele tener consecuencias legales, motivo por el que, siempre solicitaremos del Juzgado la presencia del médico forense. Si éste está presente, será él quien se ocupara de la parte legal de la intervención (obtención de pruebas y evidencias, protección de las muestras, etc.).

Y nosotros de la parte asistencial. Si el forense no está presente, nuestra actuación debe abarcar los dos aspectos, iniciando la cadena de custodia en el centro asistencial

---

<sup>5</sup> DE BONIS, Maria cristina. Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. En: Revista Nuestro Hospital. Bogota. Vol.2, no.2 (enero-abril 1998); P.1-2.

### **2.3 FORMULACION DEL PROBLEMA**

El interrogante de este estudio es el siguiente:

¿Cuáles son las principales características epidemiológicas de los pacientes pediátricos con Maltrato Infantil que ingresan al Hospital Universitario de Neiva y cuales son los indicadores de maltrato infantil presentes en ellos?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Cuando abordamos el Maltrato Infantil se presentan diversos problemas como el desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática, las raíces culturales e históricas que este pueda tener, así como la diversidad de opiniones que existen en cuanto a definición, clasificación y finalmente una diversidad de consideraciones sobre las repercusiones y el adecuado manejo terapéutico ya que en nuestra sociedad la agresión física y psicológica no está vista como maltrato, sino como una forma más de reprender a los hijos en busca de una correcta educación.

Es de destacar la importancia que tiene una detección temprana de cada una de las características encontradas en la población infantil, que pueden dar indicios de maltrato, está demostrado según vivencias de los propios médicos que es poca la experiencia o la capacitación que tienen en la identificación oportuna de dichos casos.

La propuesta del presente trabajo es la de caracterizar los diferentes factores sociodemográficos y socioeconómicos que son prevalentes en los pacientes pediátricos que ingresan al Hospital Universitario, con diagnóstico establecido de maltrato y así unificar criterios en cuanto a la definición de causas, características y factores de riesgo que contribuyen al aumento porcentual de casos de Maltrato Infantil.

Con la realización de este trabajo aportaremos datos sobre la verdadera magnitud del problema en nuestra zona de influencia, información acerca de los indicadores de maltrato y la relación causa efecto, identificada estadísticamente para cada uno de ellos.

Con este estudio descriptivo se lograra el reconocimiento de los indicadores de maltrato prevalentes en nuestra zona de influencia y así poder hacer una sospecha de casos, detección precoz e intervención oportuna de niños maltratados.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar las principales características epidemiológicas de los pacientes pediátricos con Maltrato Infantil que ingresan al Hospital Universitario de Neiva, durante el periodo de Agosto a Octubre de 2008. Para que los profesionales de la salud detecten precozmente e intervengan oportunamente los casos con el fin de evitar secuelas y/o complicaciones.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el perfil socio demográfico de pacientes con Historia Clínica de maltrato infantil en el hospital universitario de Neiva.
- Identificar los tipos mas frecuentes de maltrato infantil.
- Determinar indicadores asociados a maltrato infantil en pacientes pediátricos.
- Identificar los factores familiares asociados a maltrato infantil.

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1. MALTRATO INFANTIL

“El maltrato se define como: niños que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y/o parcial” (UNICEF, 1989).

UNICEF define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”.<sup>6</sup>

*Según estudios de UNICEF, en América Latina 6 millones de niñas y niños son agredidos severamente por sus padres o familiares y 85 mil mueren cada año como consecuencia de estos castigos.*

---

<sup>6</sup> GOYENECHEA, Isidora. Maltrato infantil en Chile UNICEF responde [www.unicef.cl] textinfo [Santiago, Chile]. P.2.

## 5.2. TIPOS DE MALTRATO:

Tabla 1: tipos de maltrato:

<b>Tipo de maltrato</b>	<b>Activo</b>	<b>Pasivo</b>
Físico	Abuso físico	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional
Sexual	Abuso sexual	

. Tomado de: Maltrato infantil en Chile UNICEF. [www.unicef.cl](http://www.unicef.cl)  
MALTRATO FÍSICO.

Toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables.

### MALTRATO EMOCIONAL.

El hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente.

También se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos.

### ABANDONO Y NEGLIGENCIA.

Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello.

Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.

## ABUSO SEXUAL.

Es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente. Incluye la explotación sexual.

Fuera de la familia pueden darse otros tipos de maltratos, como los niños que sufren en conflictos armados, o que viven en la calle. Otras formas de violencia extra familiar hacia los niños son el uso habitual de disciplinas violentas o humillantes en instituciones, la explotación sexual y la pornografía infantil.<sup>7</sup>

### 5.3. CONSECUENCIAS EMOCIONALES DEL MALTRATO

Las consecuencias del maltrato infantil se hacen visibles a mediano y largo plazo en el desarrollo sicosocial y físico de las personas. Es probable que detrás de problemas de aprendizaje, de comportamiento y agresividad se escondan situaciones de maltrato físico, abuso y / o abandono. Los daños emocionales causados a temprana edad pueden significar “marcas imborrables” para toda la vida.

Un niño maltratado podría llegar a ser un adulto maltratador y violento, con lo cual reproduce la violencia física o psicológica hacia sus parejas o en sus propios hijos.

Los niños que son maltratados severamente tienen mayor grado de aceptación frente al uso de la violencia y agresión. Estudios de UNICEF confirman que uno de cada dos niños que son víctimas de violencia grave considera que el castigo físico sirve para la formación. De los niños que no reciben ningún tipo de violencia, uno de cada cuatro considera útil el castigo físico.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> IBID, P.2-3.

<sup>8</sup> IBID, P.5.

#### **5.4. ¿POR QUÉ LOS PADRES MALTRATAN A SUS HIJOS?**

Cuando se reconoce a los padres como aquellos que deben amar, proteger, orientar y apoyar a sus hijos en sus posibilidades de desarrollo, resulta difícil entender por qué el maltrato infantil es un problema tan generalizado.

Los padres que maltratan a sus hijos son personas diversas, pertenecen a todas las clases sociales, tienen distintos grados de educación y un muy bajo porcentaje presenta algún tipo de patología mental.

Es decir, no existe un perfil típico de estos progenitores.

Sin embargo, diversos estudios han establecido que un buen número de padres que maltratan a sus hijos fueron maltratados de una u otra forma en su infancia.

También es clave estudiar los tipos de familia al interior de las cuales se registran casos de maltrato infantil, donde factores como el número de hijos y la relación marital son importantes. Muchos hijos representan, en ocasiones, una carga de estrés para los padres, así como una relación marital violenta que puede desencadenar en maltrato infantil. En estos casos, es frecuente que el padre maltrate a la madre e hijos, o bien sólo a la madre y ella a su vez a los hijos.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en los últimos años nos permiten hablar de “factores de riesgo”, o características de los padres que elevan el riesgo de tener conductas violentas con los hijos.

- Baja tolerancia a la frustración y expresiones inadecuadas de la rabia.
- Falta de habilidades parentales.
- Se sienten incompetentes e incapaces como padres.

El entorno sociocultural y familiar todavía acepta ideas que legitiman el uso de la violencia con los hijos.<sup>9</sup>

## **5.5. TIPIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA**

Para el estudio del maltrato infantil es fundamental que se aísle metodológicamente la causa de tal violencia.

Los causales típicos de maltrato infantil intrafamiliar son:

1. Autoritarismo
2. Marianismo
3. Necesidades básicas insatisfechas
4. Estrés
5. Vínculo filial indeseado
6. Disfunción conyugal
7. Marginalidad de las familias
8. Objetualización.

Los causales extra familiares son aquellos que se derivan de la influencia de los aparatos ideológicos estatales y de la reproducción de la violencia a través de un ciclo de enseñanza – aprendizaje denominado de pedagogía negra.

Entre estos aparatos se encuentran.

1. La escuela
2. La iglesia
3. Los pares
4. La calle
5. Los medios de comunicación<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> IBID, P.6-7

### 5.5.1 Causas intrafamiliares del síndrome de Maltrato Infantil.

**Autoritarismo.** Surge de una imposición social de la familia como institución, vinculada directamente con la forma como se definen los roles del hombre y la mujer en cada contexto sociocultural específico.

Se encuentra fundamentado en la imposición de un orden patriarcal que subordina a la mujer a la actividad del hombre, coartando el uso de la plena libertad individual para cada uno de los miembros de la familia de manera irracional y ubicando todos los criterios funcionales en el cuidador que ejerce el rol de cabeza familiar.

Al verse en peligro la centralización y ejercicio del poder por parte del cuidador intrafamiliar se desencadenan reacciones de carácter violento que son transmitidas al sistema familiar, mediante la agresión a todos o cada uno de los miembros particulares y en concreto al niño maltratado.

**Marianismo.** Del esquema cultural predominante en Colombia han sido realizados variados análisis acerca de la relación de dependencia mujer-hombre.

Se pueden recoger esquemas femeninos del tipo madre, esposa sufrida, mujer sacrificada, hembra, virgen; en contraposición a estereotipos masculinos del tipo padre, macho, dominante, dios masculino. La relación dialéctica intrínseca de estos esquemas implica una transfiguración de dualidades tales como pasivo-activo, imagen-realidad, reflejo-espejo, relativo-absoluto, inferior-superior, lo otro-lo uno; y, en términos del universo individual, adentro-interior/afuera-exterior. Del juego de contrarios presente en estas relaciones se desprende la

---

<sup>10</sup> PEÑA ARISTIZABAL, Sara Lucila. Una tipificación de las causas del maltrato infantil. [tone.udea.edu.co/revista/mar97/tipifica.htm][Bogotá, Colombia] Sep. 2005. P.1.

complementación del marianismo –como una actitud sumisa y contemplativa– con el machismo –como un papel dominante y en apariencia omnipotente–.

Estas formas de marianismo encubren el ejercicio de la violencia intrafamiliar, mitificándola y convirtiéndola en una dimensión ideológica y cultural, que reconoce la autoridad, poder y dominio del padre o de quien desempeña el rol de cuidador.

**Necesidades básicas insatisfechas.** Ésta es una causa de violentación directa de la familia e indirecta de uno de sus miembros –el niño maltratado– en su relación con el mundo externo, derivada de la incapacidad económica y de la inestabilidad que se suele generar en condiciones de problemas laborales, desempleo, subempleo, falta de acceso a medios educativos, culturales, recreativos. Todo esto contribuye a crear conflictos y al abandono y maltrato por parte del miembro cuyo rol instrumental se ve frustrado.

**Estrés.** La tensión derivada del medio externo afecta normalmente al padre o a quien ejerce su rol instrumental, acumulando factores de tensión emocional que se revierten en contra de miembros considerados inferiores por el individuo. Por ejemplo, un padre o cuidador intrafamiliar que maltrata es usualmente inseguro y dependiente, y cuando se enfrenta a crisis personales ve fallar sus mecanismos de defensa ante este tipo de situaciones, desplazándose hacia el niño en busca de un mecanismo de compensación. El niño por encontrarse en una fase inferior de desarrollo se contradice con tales expectativas, provocando en el padre un subsiguiente mecanismo de proyección que le impulsa a conductas violentas contra quien cree es el origen de la frustración inicial. En la descripción de caso planteada se observa una sustitución de tipo amenaza - oportunidad / desplazamiento - compensación del problema con proyección-frustración.

**Vínculo filial indeseado.** El fenómeno de rechazo a un miembro familiar puede tener origen en circunstancias previas de natalidad no planeada, padrastrazgo,

hijos extramatrimoniales o hijos en familias superpuestas resultantes de la unión de familias nucleares incompletas que combinan hijos de uniones anteriores y/o actuales. En estos casos se encuentran niños con carencias afectivas, sobre los cuales se suele descargar, a manera de compensación, la tensión generada por problemas y frustraciones. También se presentan casos de niños percibidos por el padre como sujetos indeseados o representación de resentimientos pasados, de males congénitos o de conductas indeseadas.

**Disfunción conyugal.** La relación anormal de pareja produce conflictos conyugales que desencadenan mecanismos de sustitución como los ya descritos, dado que el disgusto de la pareja es trasladado en forma de maltrato contra uno o varios de los hijos. La falta de entendimiento, el conflicto, la desorganización y las desavenencias conyugales pueden provenir de una confusión de roles, de esquemas culturales antagónicos o de una situación de madre o padre soltero.

**Marginalidad de las familias.** El concepto de marginalidad es normalmente entendido como el aislamiento del núcleo familiar ocasionado principalmente por factores como las diferencias étnicas, religiosas, políticas y culturales. Entre las causas de maltrato infantil de origen intrafamiliar, ésta tiene como origen básico el proceso de transformación rural-urbano que origina aglutinamiento poblacional en cinturones de miseria y trae como consecuencia problemas de vivienda con hacinamiento y promiscuidad.

**Objetualización.** En muchos estamentos de la sociedad se trata al niño como un proveedor económico que puede contribuir al ingreso familiar o como objeto sexual de sus consanguíneos, e incluso como mercancía sexual. También puede aparecer el infante como un objeto de aberraciones de origen sádico-agresiva o en el mejor de los casos, como representación residual-infantil en la que el adulto intenta realizarse en el niño, en aspectos en los cuales durante su propia época, no pudo cumplir y que, ante la incompetencia de estos requerimientos por parte

del niño, provoca duros castigos como producto de la frustración correspondiente.<sup>11</sup>

## **5.5.2 Causas extra - familiares del síndrome de Maltrato Infantil.**

### **Aparatos ideológicos estatales**

Se puede realizar una esquematización de las vías institucionales propias de cada sociedad en particular, es decir, de organizaciones sociales que actúan a manera de aparatos ideológicos de Estado, como es el caso de las escuelas de enseñanza; las diferentes congregaciones religiosas mediante sus diversas creencias y patrones éticos y de valores; o los parámetros aprendidos de los congéneres, mediante normas de etiqueta, sociales, comportamentales, de sobrevivencia, etc., que simultáneamente le convierten en trasmisor y reproductor de un patrón cultural. Es así como se pueden encontrar factores de coincidencia y de diferencia en el funcionamiento de los aparatos ideológicos del Estado, resumibles de la siguiente manera:

**La escuela.** Impone modelos pedagógicos controladores y castradores a través de la utilización de elementos punitivos que son reales, como el castigo emocional o corporal.

**La Iglesia.** Impone modelos de índole sobrenatural mediante la utilización de elementos de refuerzo que, a diferencia de los usados por la escuela, son básicamente metafísicos en el sentido de no ofrecer castigo real e inmediato sino una promesa de premio o punición a muy largo plazo.

---

<sup>11</sup> IBID, P.4-7

**Los pares.** Es decir, los iguales a cada individuo, ya sea por posición socioeconómica, cultural, de espacios –habitacionales, laborales, lúdicos, entre otros–. Estos actúan como modelos de valores, comportamientos, costumbres y actitudes mediando un mecanismo de reflejo, en el que se produce un intercambio en los flujos de información del tipo yo-otro-yo.

**La calle.** Como hábitat externo, a veces temporal y otras permanente, influye como modeladora de la personalidad del individuo, ya sea con presiones que desencadenan mecanismos de defensa o bien transmitiendo valores nuevos que suplantando tradiciones y costumbres sin proceso de selectividad alguno.

**Los medios de comunicación.** Con su importante influencia contemporánea en la transmisión de modas, tipos, arquetipos y estereotipos de toda índole.<sup>12</sup>

A continuación se muestran algunas tablas que ilustran los factores de riesgo, las características conductuales y los diagnósticos diferenciales más usuales en nuestra profesión.

**Tabla 2. FACTORES DE RIESGO DE MATRATO INFANTIL EN DIFERENTES NIVELES DE RELACIÓN**

RELACIONADOS CON EL NIÑO	RELACIONADOS CON LOS PADRES	RELACIONADOS CON LA FAMILIA	RELACIONADOS CON EL ENTORNO SOCIAL
-Prematuridad -Discapacidad -Retraso escolar o Psicomotor -No deseado	- Gestación no deseada -Madre adolescente o soltera o con mala relación de pareja -Alcoholismo o drogadicción -Problemas de relación -Exposición temprana a la Violencia o maltrato	-Tamaño - Aislamiento social - Altos niveles de estrés -Historia familiar de violencia doméstica	-Malas condiciones de las viviendas -Valor disminuido del niño -Normas culturales -Desigualdad social -Delincuencia -Marginación -Alta aceptación social de Violencia.

Tomado de: SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocolos de Pediatría Social Maltrato infantil. Asturias. VOL. 46, no.1

<sup>12</sup> IBID, P.7

En la tabla relacionan algunos factores de riesgo de maltrato infantil y su relación directa con el progenitor y/o cuidador, su entorno familiar y social, aspectos que también aplican a nuestro contexto.

**TABLA 3. ALGUNAS CARACTERISTICAS CONDUCTUALES FRECUENTES EN LOS CASOS CONFIRMADOS DE MALTRATO INFANTIL.**

EN EL NIÑO	EN SUS CUIDADORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actitud temerosa</li> <li>-Sentimientos de culpa</li> <li>-Baja autoestima</li> <li>-Actitud autodestructiva</li> <li>-Cambios súbitos de comportamiento médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actitud "a la defensiva"</li> <li>-Afecto inadecuado</li> <li>-Versiones encontradas</li> <li>-Expectativas poco realistas respecto al niño</li> <li>-Retraso injustificado en solicitar asistencia</li> <li>-Explicación no compatible con los datos de la exploración física</li> <li>-Reacción incorrecta ante la gravedad de las lesiones.</li> </ul>

Tomado de: SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocolos de Pediatría Social Maltrato infantil. Asturias. VOL. 46, no.1

En esta tabla nos ilustran las características de conducta que con mayor frecuencia encontramos en los diferentes servicios.

**TABLA 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SEGÚN EL TIPO DE LESIÓN OBSERVADO EN LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL.**

HEMATOMAS Y CONTUSIONES	LESIONES ÓSEAS	LESIONES INTRACRANEALES	QUEMADURAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemofilia</li> <li>Enfermedad de von Willebrand</li> <li>Enfermedad hepática</li> <li>Púrpura trombocitopénica Idiopática</li> <li>Vasculitis</li> <li>Accidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osteogénesis imperfecta</li> <li>Raquitismo</li> <li>Neoplasia</li> <li>Osteomielitis</li> <li>Hiperostosis cortical</li> <li>Hipofosfatemia</li> <li>Enfermedad de Menkes</li> <li>Accidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión arterial</li> <li>Enfermedad de Menkes</li> <li>Malformaciones</li> <li>Accidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impétigo bulloso</li> <li>Dermatitis Exfoliativa estafilocócica</li> <li>Herpes</li> <li>Dermatitis de contacto</li> <li>Epidermolisis tóxica</li> <li>Accidentales</li> </ul>

Tomado de: SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocolos de Pediatría Social Maltrato infantil. Asturias. VOL. 46, no.1

Esta tabla nos indica los diagnósticos con los cuales los menores ingresan a los servicios de una institución de salud y que requieren se confirme, sobre todo el origen o la causa real del evento, para prevenir secuelas y/o complicaciones.

## 6 DISEÑO METODOLOGICO

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se ubica en el enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo prospectivo de casos, a través del seguimiento de casos para identificar las diferentes características de Maltrato Infantil en los niños y niñas que ingresan al Hospital Universitario “HERNANDO MONCALEANO PERDOMO” (HUHMP) durante el periodo de Agosto a Octubre de 2008.

La investigación descriptiva en este estudio pretende alcanzar el registro, la descripción y el análisis de los niños y niñas maltratados sujeto de estudio, con el fin de precisar las características de maltrato infantil identificadas a través del seguimiento de casos atendidos en el Hospital Universitario “HERNANDO MONCALEANO PERDOMO” (HUHMP). Como en el estudio descriptivo, los investigadores “deben ser capaces de definir que van a medir y como van a lograr la precisión en esa medición para así describir lo que se investiga, sin establecer la relación entre variables<sup>13</sup>, el propósito es mostrar la situación a la que se hace referencia, lo más precisa posible.

Así, este tipo de investigación presenta las características sobresalientes del fenómeno en el momento en que se aborda su estudio, referidas a las diferentes características de maltrato infantil identificadas en los casos revisados.

El interés de los investigadores está dirigido a recoger la información que permita en primera instancia diseñar durante el estudio, las pautas o lineamientos que

---

<sup>13</sup> POLIT BENSE Y HUNGLER B, 2000.

permitan al personal de salud hallar el mismo idioma e identificar precozmente los diagnósticos que nos alerta para hacer seguimiento y atender oportunamente a los menores para evitar complicaciones y/o secuelas.

## **6.2. DESCRIPCION DEL ÁREA DE TRABAJO**

El estudio se llevo a cabo en los servicios de pediatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, en donde se tiene la disponibilidad de todos los pacientes que ingresen por algún tipo de lesión que pueda indicar diagnostico de maltrato infantil, es así como en el servicio de hospitalización en el tercer (3) piso “Pediatría” tiene una capacidad de 48 camas de hospitalización, 18 cama-cuna en servicio de infectología pediátrica, el apoyo de 6 auxiliares 2 jefes de enfermería y 7 pediatras. El servicio de urgencias pediátricas tiene una disponibilidad de 11 cunas 2 camas para niños, 2 cunas para lactantes, 1 pediatra, una jefe de enfermería, 2 auxiliares en consulta y 2 auxiliares en observación las 24 horas.

## **6.3. DESCRIPCION DE POBLACIÓN Y MUESTRA**

Para el presente estudio la población estará conformada por todos los pacientes niños, niñas y adolescentes menores de 14 años que según la UNICEF, están incluidos dentro de las personas consideradas victimas del maltrato infantil y que presenten clínica sospechosa de maltrato infantil, diagnosticada por los profesionales que los atendieron en el servicio de pediatría.

## **6.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Ver anexo D

## **6.5. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACION**

Para la recolección de datos se diligencio un formato corto, sencillo de llenar con respuestas puntuales y que se ajusta adecuadamente a nuestra disposición de tiempo, recursos económicos y humanos disponibles. Este formato se elaboro tratando de evitar sesgos por diferencias entre las personas que van a diligenciar el formato, de tal modo que cualquiera que sea el investigador que lo haga las respuestas o datos sean los mismos para un determinado paciente.

El formato para la recolección de datos tiene una parte que se diligencia con la colaboración del encargado del menor, que puede ser alguno de los padres, el profesor, la madre sustituta o la persona que en el momento se encuentre a cargo del menor, dentro de los criterios de exclusión se tiene que en caso de no contar con los suficientes datos después del interrogatorio o de no tener acudiente este paciente no será tenido en cuenta para participar en el estudio.

Esta primera parte del formato está destinada a recolectar la información sobre las características sociodemográficas del paciente y los factores familiares relacionados con el maltrato.

La otra parte del formato recoge la información médica del paciente, los datos se tomaron de la historia clínica del paciente, la información que se tomo es el tipo de maltrato y los indicadores asociados al maltrato. Para evitar una gran cantidad de posibles respuestas a estos interrogantes se agruparon las posibilidades de respuesta logrando resultados más fáciles de analizar y de mayor valor estadístico, dando también como opción la respuesta (otro tipo de maltrato ¿cuál?, otro indicador ¿cuál?).

Hay información que no se encuentra en la historia clínica, razón por la cual se complementa con la entrevista. Esta entrevista se realizó durante la hospitalización del paciente.

Las personas encargadas de diligenciar el formato fueron los tres estudiantes investigadores, el pediatra asesor de trabajo de grado, la docente coordinadora y directora del grupo de investigación clínica del buen trato, personal idóneo en maltrato infantil y con experiencia en promoción, prevención, tratamiento e investigación de este tema. El personal se encuentra familiarizado con los objetivos del estudio y los aportes que se van a realizar.

#### **6.6. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION**

Costa de cinco partes, el título con una breve introducción donde se nombra la justificación y el objetivo del estudio, una parte donde se incluyen las características sociodemográficas del paciente como nombre, edad, sexo, procedencia, estrato socioeconómico entre otros. El siguiente ítems del formato se consignaron los factores familiares relacionados al maltrato, también la escolaridad, el tipo de familia, si pertenece a una población especial o sufre algún tipo de discapacidad.

El formato incluye una sección de tipo de maltrato, también contiene una sección destinada a consignar los indicadores asociados al maltrato donde se encuentran los más comunes según la revisión documental y la experiencia de los asesores, dejando en claro que se da la opción para otro indicador, también se indagó por la necesidad de atención en UCI y la condición final fue vivo o muerto.

## **6.7. PRUEBA PILOTO**

Fue realizada en la primera semana del mes de agosto a tres pacientes con diagnóstico de maltrato infantil en el servicio de hospitalización pediátrica en el tercer piso del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo a los cuales les fue aplicado el instrumento para recolección de datos, como resultado de la prueba piloto obtuvimos que habían inconvenientes a la hora de recolectar los datos sobre los factores familiares relacionados al maltrato por lo cual tomamos como guía el formato aplicado por la secretaria municipal de salud en lo que refiere a factores familiares relacionados, tipo de familia y escolaridad.

Las modificaciones fueron hechas al nuevo instrumento. También se incluyeron nuevos indicadores de maltrato como embarazo en menor y abandono, los pacientes a los cuales se les aplicó la prueba piloto fueron tenidos en cuenta para participar en la investigación.

## **6.8. CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN**

Para nuestra investigación codificaremos los datos obtenidos mediante el instrumento electrónico EPI INFO para tabularlos, observarlos y hacer más fácil su análisis e interpretación. La transferencia de los datos desde el instrumento hasta EPI INFO será realizada por los estudiantes investigadores. Esta herramienta electrónica nos permitirá además hacer el análisis estadístico de las variables proporcionando gráficos, tablas como resultado de los datos obtenidos de las variables del estudio, lo que facilita su interpretación visual.

## **6.9. FUENTES DE INFORMACIÓN**

En nuestro estudio la fuente principal de información es una fuente directa ya que la información se recolectara directamente de una encuesta que se le aplicara a la familia del paciente maltratado, en un caso concreto al acompañante del paciente índice para cada caso. Y la información sobre el tipo de maltrato y/o las enfermedades asociadas se obtendrán también de una fuente directa como lo es el paciente.

## **6.10. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Para el tipo de estudio que realizaremos, debemos utilizar la estadística inferencial ya que pretendemos establecer asociaciones y relaciones entre las variables de interés sobre el maltrato infantil, para el análisis estadístico utilizaremos el programa Epiinfo. En nuestro estudio de investigación no utilizaremos grupo de comparación, lo que se pretende es encontrar la relación que exista entre las variables de estudio

## **6.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las consideraciones éticas a tener en cuenta en nuestro estudio, son muy importantes debido al problema de investigación como es el maltrato infantil y al tipo de paciente sobre el cual se basa la investigación como lo es la población infantil. Es de especial importancia para nuestro estudio el buen manejo de la información, respetando la confidencialidad de quien nos brinda la información y de los pacientes maltratados, pues nuestra encuesta no se utilizara como documento de prueba de maltrato. En cuanto al consentimiento informado resulta complicado la consecución del mismo por parte de las personas maltratadoras y

que en algún momento son quienes nos aportaran gran parte de la información.  
Sin embargo resulta obligatoria su consecución.

## 7. RESULTADOS

### CUADROS:

**Cuadro 1.** Distribución de frecuencias por Rango de edad de los pacientes con diagnóstico de maltrato.

EDAD	NUMERO
MENORES A 1 AÑO	2
ENTRE 1 Y 5	4
ENTRE 6 Y 10	4
ENTRE 11 Y 14	4
TOTAL	14

Se observa una distribución equitativa según la edad de los pacientes donde no predomina ningún grupo de edad. Aunque se observa que en el grupo de los menores de un año fue el que en menor frecuencia se presentó.

**Cuadro 2.** Distribución de frecuencias por municipio de procedencia de los pacientes con diagnóstico de maltrato.

<b>MUNICIPIO</b>	<b>Frecuencia</b>
ALGECIRAS	1
FLORENCIA	1
MELGAR	1
NEIVA	7
PLANADAS	1
RIVERA	1
SANTA MARIA	1
TELLO	1
TOTAL	14

Los lugares de procedencia de nuestros pacientes fueron principalmente Neiva contribuyendo con la mitad de los pacientes, 4 pacientes de municipios aledaños a Neiva, 2 del departamento del Tolima y uno de la ciudad de Caquetá.

**Cuadro 3.** Distribución de frecuencias según la Seguridad Social de los pacientes con diagnóstico de maltrato infantil.

SEGURIDAD SOCIAL	FRECUENCIA
CONTRIBUTIVO	0
SUBSIDIADO	13
POBRES NO ASEGURADOS	1
ESPECIAL	0

La seguridad social de los pacientes de nuestro estudio es subsidiada en su gran mayoría con un paciente pobre no asegurado.

**Cuadro 4.** Distribución de frecuencias por nivel de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de maltrato infantil.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA
NINGUNA	6
PREESCOLAR	1
PRIMARIA INCOMPLETA	5
SECUNDARIA INCOMPLETA	2
TOTAL	14

Como observamos en la tabla 6 pacientes no tenían ninguna escolaridad y tan solo dos tenían secundaria incompleta.

**Cuadro 5.** Distribución de frecuencias de los paciente con diagnostico de maltrato infantil que requirieron atención en UCI

REQUIRIO ATENCION EN UCI?	PACIENTES
SI	3
NO	11
TOTAL	14

De los 14 pacientes incluidos en nuestro estudio 3 requirieron atención en UCI y 11 no requirieron este tipo de manejo.

**Cuadro 6.** Distribución de frecuencias de los Indicadores asociados al Maltrato en los pacientes con diagnostico de maltrato infantil.

INDICADORES ASOCIADOS AL MALTRATO	FRECUENCIA
DNT	5
TCE	0
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	4
HEMORRAGIA INTRACRANEANA	0
EMBARAZO	3
ABANDONO	3
FRACTURAS OSEAS	0
QUEMADURAS	1
CONTUSIONES PATRON	0
LESIONES ABUSO SEXUAL	0
INFECCION	1
LESION ABDOMINAL INEXPLICABLE	1
OTRO	7

Los indicadores asociados a maltrato en nuestro estudio fueron en su mayoría los incluidos en la categoría otros seguido de la desnutrición con 5 casos, bajo rendimiento escolar 4 casos, abandono y embarazo en menor de 14 años con 3 casos, un caso de quemadura uno de infección y una lesión abdominal inexplicable.

No se presentaron otros indicadores asociados a maltrato como las lesiones compatibles con abuso sexual, trauma craneoencefálico, hemorragia intracraneana, lesiones patrón y fracturas inexplicables.

**Cuadro 7.** Distribución de frecuencias de los factores individuales asociados al maltrato infantil en los pacientes con diagnóstico de maltrato.

FACTORES INDIVIDUALES	FRECUENCIA
DESPLAZADO	1
INDIGENA	0
AFRO COLOMBIANO	0
DISC. FISICA	0
DISC. MENTAL	0
ENF. CRONICA	5

El factor individual que más se relaciona con el maltrato en nuestro estudio es la presencia de enfermedad crónica.

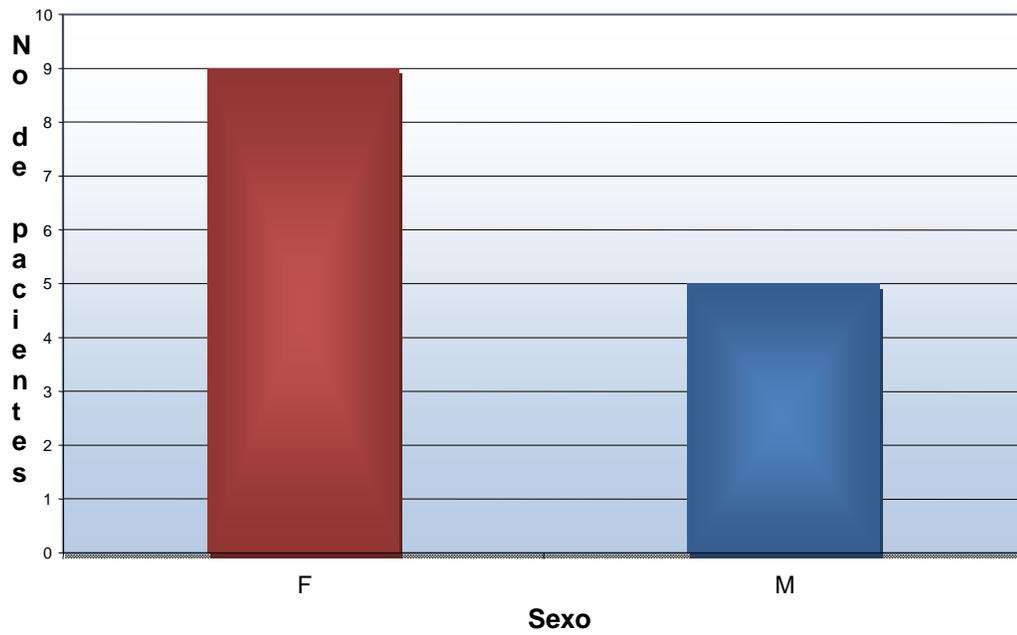
**Cuadro 8.** Condición Final del paciente maltratado al finalizar el proceso de atención.

CONDICION FINAL	FRECUENCIA
VIVO	14
MUERTO	0
TOTAL	14

La totalidad de los pacientes de nuestro estudio se encontraban vivos al momento del egreso o la finalización del estudio.

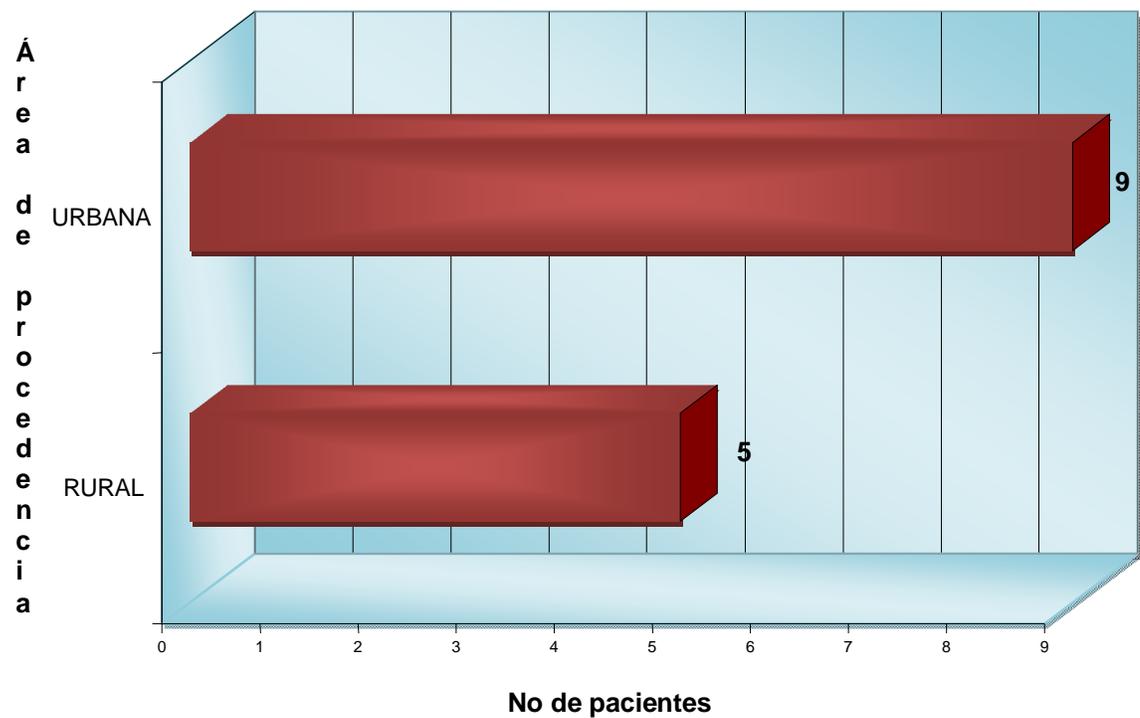
## FIGURAS

**Figura 1.** Distribución de frecuencias por sexo de los pacientes con diagnóstico de maltrato.



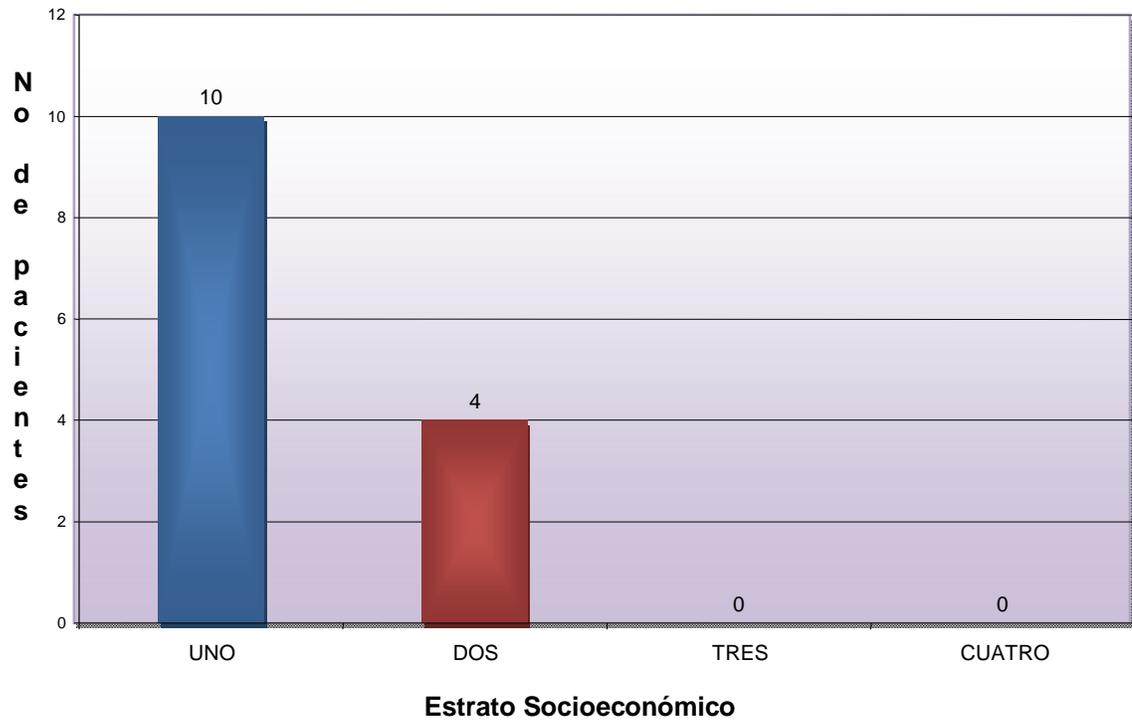
En nuestro estudio observamos que el género más maltratado es el femenino, con una relación femenino masculino 9:5

**Figura 2.** Distribución de frecuencias por área de procedencia de los pacientes con diagnóstico de maltrato.



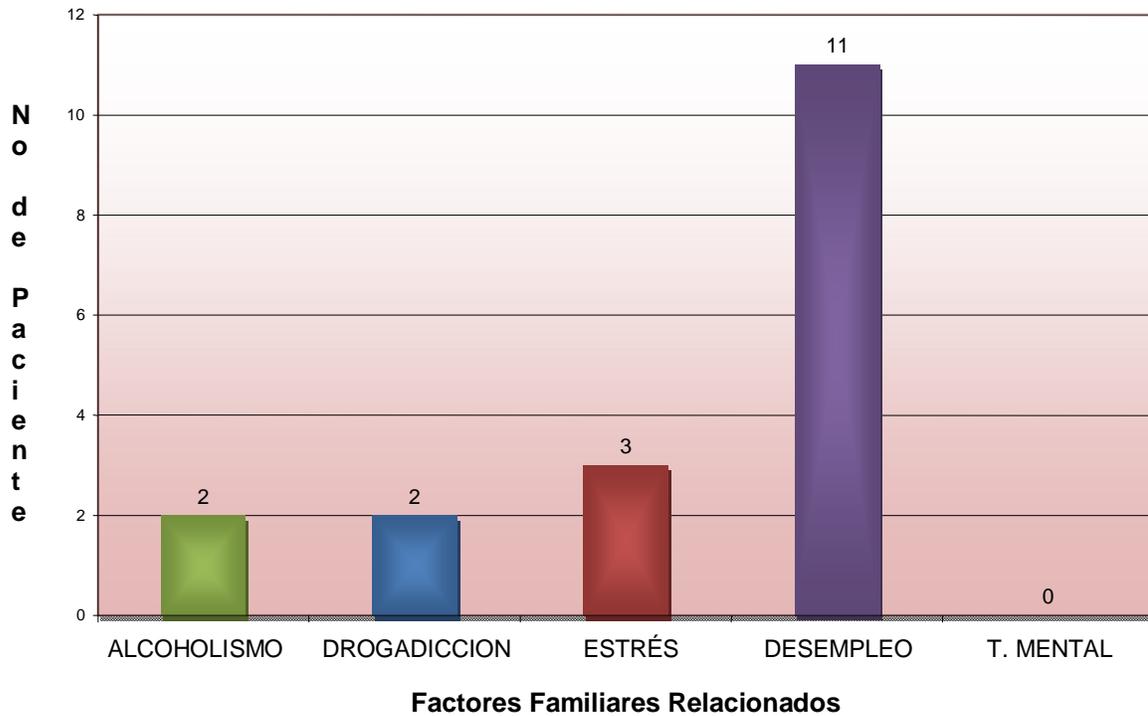
En esta gráfica se observa un predominio de pacientes del área urbana en nuestro estudio.

**Figura 3.** Distribución de frecuencias por estrato socioeconómico de los pacientes con diagnóstico de maltrato.



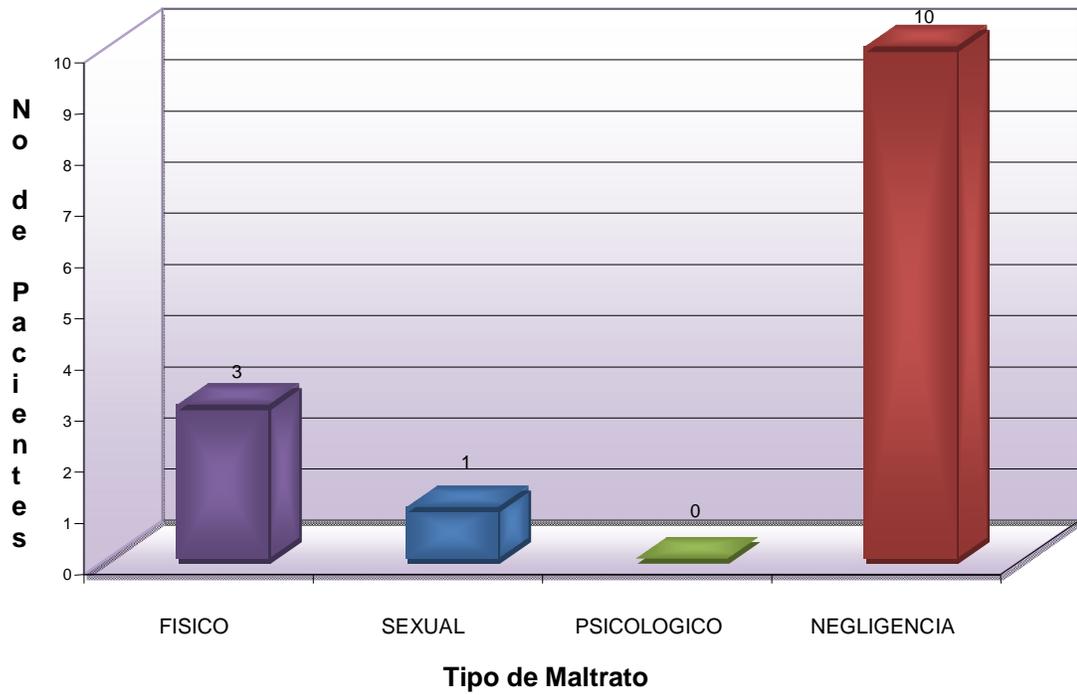
Los pacientes incluidos en nuestro estudio son todos estrato socioeconómico bajo que corresponde a la población que atiende el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

**Figura 4.** Distribución de frecuencias según factores familiares relacionados de los pacientes con diagnóstico de maltrato.



En esta grafica observamos que el factor familiar mas relacionado con el maltrato es el desempleo con 11 casos, seguido del estrés con 3 casos, y del alcoholismo y la drogadicción con 2 casos cada uno.

**Figura 5.** Distribución de frecuencias según el tipo de maltrato.



El tipo de maltrato mas frecuente fue la negligencia, no se presento ningún caso de maltrato psicológico.

## 8. DISCUSION

En nuestro estudio la edad de los pacientes se distribución de manera equitativa donde no predomina ningún grupo etario, a diferencia del estudio (DELGADO, Maria Consuelo y otros. características del maltrato infantil identificadas por los docentes de establecimientos educativos de enseñanza básica primaria, madres comunitarias de los hogares de bienestar y niños con signos de maltrato en la ciudad de Neiva) se encontró que la edad mas vulnerable para ser maltratado es entre 5 y 9 años y que el genero mas afectado es el masculino a diferencia de nuestro estudio en el cual predomino el sexo femenino con una relación 9:5.

Los pacientes incluidos en nuestro estudio provienen del área de influencia del Hospital Universitario de Neiva lo que corresponde con lo esperado, encontramos 2 Pacientes del sur del Tolima y uno de Florencia Caquetá, el resto de pacientes son de Neiva y municipios cercanos. La ubicación de los pacientes fue principalmente Urbana.

El estrato socioeconómico de los pacientes incluidos en el estudio corresponde a la población atendida en nuestro Hospital que es en su mayoría del régimen subsidiado y pobres no asegurados que corresponden a los estratos 1 y 2.

En cuanto a los factores familiares relacionados con maltrato, en nuestro estudio se encontró que el más frecuente era el desempleo que coincide con la situación actual de nuestro país y que no fue tomado en el estudio (SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocolos de Pediatría Social Maltrato infantil. Asturias) como factor de riesgo para Maltrato infantil. Los otros factores familiares relacionados con maltrato encontrados en nuestro estudio fueron el estrés la drogadicción y el alcoholismo

los cuales si corresponden a factores de riesgo para maltrato según (SUAREZ Y colaboradores).

La escolaridad de los pacientes de nuestro estudio corresponde principalmente a la normal para la edad aunque en algunos casos la escolaridad es menor a la esperada por motivos de negligencia o bajo rendimiento escolar.

El tipo de familia de los pacientes incluidos en nuestro estudio fue en un 44% nuclear, un 21% reconstituida, un 21% extensa y un 14% monoparental materna, este dato fue incluido por haber sido estimado importante a través de la experiencia donde las familias reconstituidas parecían ser un factor de riesgo para maltrato y la familia extensa se presentó en casos de abandono o problemas familiares estas condiciones el resto de la familia se hace cargo del menor según lo observado en nuestro estudio.

La negligencia fue el tipo de maltrato mas encontrado en nuestro estudio, y se encontró en el 100% de los pacientes que tenían enfermedad crónica, los indicadores de maltrato relacionados con negligencia son quemadura, abandono del tratamiento medico, desnutrición, embarazo en menor de 14 años y consulta tardía.

Los pacientes que requirieron manejo especializado en UCI corresponden a los casos de maltrato físico los cuales fueron 3, se presento un caso de abuso sexual y no se presentaron casos de maltrato psicológico ya que este no es un motivo de consulta que requiera hospitalización y son manejados en otros niveles de atención.

Los indicadores asociados al maltrato infantil presentes en nuestro estudio fueron en su mayoría otros que específicamente se asocian con negligencia los cuales

son la consulta tardía, el abandono del tratamiento médico, las infecciones recurrentes o producto de complicaciones de la patología de base.

Como indicadores asociados a maltrato se encontraron la desnutrición, el bajo rendimiento escolar, el abandono del menor y su cuidado las quemaduras, la lesión abdominal traumática y la combinación de diferentes indicadores en un solo paciente, sin embargo consideramos que falta un mayor número de pacientes para determinar la asociación real de este tipo de indicadores y de otros que no se presentaron en este estudio.

De la totalidad de los pacientes el resultado fue paciente vivo al final de la atención afortunadamente.

## 9. CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones de nuestro trabajo se debe tener en cuenta que los menores son una población muy susceptible a sufrir de maltrato en todos sus tipos.

En nuestro estudio la diferencia de edades no fue muy amplia, esto quiere decir que los casos que se presentan en nuestro hospital pueden pertenecer a cualquier rango de edad, también que el estrato socioeconómico es muy prevalente en estratos bajos como el 1 y el 2 aunque esta es la población donde el hospital tiene su influencia.

El tipo de maltrato que mas se encontró fue negligencia porque la misma situación del país trae a que los padres de los menores por buscar el sustento diario descuiden a sus hijos, aunque es muy importante resaltar que el tipo de familia que se encontró con mayor frecuencia fue el nuclear.

## **10. RECOMENDACIONES**

Cabe notar que este estudio se llevo a cabo en un tiempo muy corto y se recomendaría que se hiciera en un periodo de un año para observar los picos de afluencia de niños maltratados.

También resaltamos que según estudios de la clínica del buen trato correlaciona que el tiempo en que hicimos este trabajo, es época de muy baja afluencia de pacientes maltratados.

## BIBLIOGRAFIA

1. BERMEO, Luz Mirian y otros. Niños hospitalizados por maltrato infantil en el servicio de pediatría del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el periodo de enero a abril del 2000.
2. DE BONIS, Maria cristina. Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. En: Revista Nuestro Hospital. Bogota. Vol.2, no.2 (enero-abril 1998); P.1-2
3. DELGADO, Maria Consuelo y otros. características del maltrato infantil identificadas por los docentes de establecimientos educativos de enseñanza básica primaria, madres comunitarias de los hogares de bienestar y niños con signos de maltrato en la ciudad de Neiva.
4. DÍAZ HUERTAS Ja y otros. Niños maltratados. El papel del pediatra. An Esp Pediatr 2000; **52**: 548-553.
5. GOYENECHEA, Isidora. Maltrato infantil en Chile UNICEF responde [[www.unicef.cl](http://www.unicef.cl)] textinfo [Santiago, Chile]. P.1-3.
6. ISPCAN. International Society for prevention of child abuse and neglect. Perspectivas Mundiales sobre el Maltrato Infantil. Sexta edición. [www.ispcan.org](http://www.ispcan.org). 2002.
7. MARTÍNEZ MM, REYES RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. Bol Med Hosp Infant Mex 1993;50:557-563.

8. PATIÑO PEZOA, Rogers. Maltrato infantil: Físico y psicológico
9. PEÑA ARISTIZABAL, Sara Lucila. Una tipificación de las causas del maltrato infantil. [tone.udea.edu.co/revista/mar97/tipifica.htm][Bogotá, Colombia] Sep. 2005. P.1.
10. POLIT BENSE Y HUNGLER B, 2000.
11. SANTANA-TAVIRA, Rosalinda. El maltrato infantil: un problema mundial. En: Salud Pública de México. Ciudad de México. vol.40, no.1, (enero-febrero de 1998); P.1-2.
12. SUÁREZ SAAVEDRA, S. Protocolos de Pediatría Social Maltrato infantil. Asturias. VOL. 46, no.1, (enero-febrero 2006); P.120-123. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>)
13. TORREGOSA FL. El niño maltratado. 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;II:55-74.

# **ANEXOS**

**Anexo A. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION**  
**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**  
**PROGRAMA DE MEDICINA**  
**GRUPO CRECER "CLINICA DEL BUENTRATO"**

El maltrato en los niños y las niñas es un grave problema social, con raíces culturales y efectos psicológicos, con la realización de este estudio sobre las características epidemiológicas e indicadores de maltrato pretendemos una detección precoz de pacientes maltratados y manejo adecuado y oportuno.

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

ANOS	MESES	DIAS

Edad

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

Rural  Urbano

Municipio: \_\_\_\_\_

Estrato Socioeconómico: 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Seguridad Social:

Contributivo \_\_\_ Subsidiado \_\_\_ Vinculado \_\_\_ Especial \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS**

Estrés:  Alcoholismo:  Desempleo:  T. Mental  Drogadicción:

Escolaridad	Tipo de Familia
1. Ninguna..... <input type="checkbox"/>	1. Reconstituida..... <input type="checkbox"/>
2. Preescolar..... <input type="checkbox"/>	2. Extensa..... <input type="checkbox"/>
3. Primaria Incompleta..... <input type="checkbox"/>	3. Monoparental Materna..... <input type="checkbox"/>
4. Primaria Completa..... <input type="checkbox"/>	4. Monoparental Paterna..... <input type="checkbox"/>
4. Secundaria Incompleta..... <input type="checkbox"/>	5. Nuclear..... <input type="checkbox"/>
5. Secundaria Completa..... <input type="checkbox"/>	6. Vive con amigos..... <input type="checkbox"/>
6. Superior..... <input type="checkbox"/>	7. Vive en la calle..... <input type="checkbox"/>
7. Sin información..... <input type="checkbox"/>	8. Vive solo..... <input type="checkbox"/>
	9. Sin información..... <input type="checkbox"/>

Población especial: Desplazado  Indígena  Afro

Discapacidad Manifiesta: Física  Mental  Enf crónica

**TIPO DE MALTRATO**

Físico     Sexual     Psicológico     Negligencia

Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

**INDICADORES ASOCIADOS AL MALTRATO**

TCE:     Desnutrición:     Bajo rendimiento escolar:

Hemorragia intracraneana:     Embarazo:     Abandono:

- Fracturas óseas inexplicables o inusuales:

Tipo y localización: \_\_\_\_\_

- Quemaduras:

Tipo y localización: \_\_\_\_\_

- Contusiones con patrón específico:

Tipo y localización: \_\_\_\_\_

- Lesiones compatibles con abuso sexual:

Tipo y localización: \_\_\_\_\_

- Infección:

Tipo y localización: \_\_\_\_\_

Lesión abdominal inexplicable:

Tipo y localización: \_\_\_\_\_

- Otro indicador:

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Requirió atención en UCI:

Condición Final: Vivo  Muerto

## Anexo B. TABLAS DE PRESUPUESTO

**Tabla 1. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)**

RUBROS	TOTAL
PERSONAL	\$22'000.000
EQUIPOS	\$300.000
SOFTWARE	\$450.000
MATERIALES	\$580.000
SALIDAS DE CAMPO	0
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	0
PUBLICACIONES Y PATENTES	\$50.000
SERVICIOS TECNICOS	0
VIAJES	\$132.000
CONSTRUCCIONES	0
MANTENIMIENTO	0
ADMINISTRACION	0
<b>TOTAL</b>	<b>\$23'512.000</b>

**Tabla 2. Descripción de los gastos de personal (en miles de \$)**

INVESTIGADOR/ EXPERTO / AUXILIAR	FORMACION ACADEMICA	FUNCION DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACION Horas / semana	RECURSOS
Vladimir Cuellar Fierro	9 semestre medicina	investigador	5	\$ 1000000
Luis Carlos Polania	9 semestre medicina	investigador	5	\$ 1000000
David Andres Ortiz	9 semestre medicina	investigador	5	\$ 1000000
Eduardo Forero	Cirujano pediatra	asesor	2	\$ 7000000
Francy	Enfermera	asesora	2	\$ 5000000
Dolly castro Betancourt	Enfermera	asesora	2	\$ 7000000
<b>TOTAL</b>			<b>21</b>	<b>\$22000000</b>

**Tabla 3. Descripción de los equipos que se planea adquirir (en miles de \$)**

EQUIPO	JUSTIFICACION	RECURSOS
IMPRESORA HP DESKJET 3650	Impresión copias de formulario	\$200.000
Memoria USB 2.0 GB	Para el intercambio de información y su traslado	\$ 60.000
20 Discos compactos	Para el reporte de información.	\$ 40.000
<b>Total</b>		<b>\$300000</b>

**Tabla 4. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propios (en miles de \$)**

EQUIPO	VALOR
Computador	1.500.000 \$
Total	1.500.000 \$

**Tabla 5. Descripción de software que se planea adquirir (en miles de \$)**

EQUIPO	JUSTIFICACION	RECURSOS
Epi – info	Codificación, tabulación y análisis de datos	\$450.000
Total		\$450.000

**Tabla 6. Descripción y justificación de los viajes (en miles de \$)**

Lugar / No de viajes	JUSTIFICACION	Pasajes (\$)	Estadia (\$)	Total días	RECURSOS
Hospital universitario de Neiva /120	Aplicación de encuestas	1.100	0	60	132.000
Total					132.000

\*\* Se debe justificar cada viaje en términos de su necesidad para el éxito del proyecto

**Tabla 7. Materiales, suministros (en miles de \$)**

Materiales	JUSTIFICACION	Valor
Internet	Consumo de 600 horas para información.	\$ 300.000
10 Resmas hojas tamaño carta	Impresión de diferentes formatos y documentos	\$100.000
3 batas blancas con identificación	Para darle seriedad a la investigación	\$150.000
30 Lapiceros	Para recolectar información	\$ 30.000
Total		\$ 580.000

Pueden agruparse por categorías, ej: vidriería, reactivos, papelería, suscripciones a revistas, libros

### Anexo C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo	SEMESTRE A 2007						SEMESTRE B 2007						SEMESTRE A 2008						SEMESTRE B 2008						
	E N E R O	FE B R E R O	M A R Z O	AB R I L	M A Y O	JU N I O	JU L I O	A G O S T O	SE P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	DI C I E M B R E	E N E R O	FE B R E R O	M A R Z O	AB R I L	M A Y O	JU N I O	JU L I O	A G O S T O	SE P T I E M B R E	O C T U B R E	N O V I E M B R E	DI C I E M B R E	
Anteproyecto																									
Revisión bibliográfica																									
Formulación marco teórico																									
Diseño de metodología																									
Diseño de formulario																									
Aplicación prueba piloto																									
Aplicación de la encuesta																									
Análisis de resultados																									
Entrega de trabajo																									

## Anexo D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLES	INDICADORES O CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICIÓN	INDIC E
Características Socio-demográficas	Conjunto de datos propios de cada paciente que lo caracterizan sociodemográficamente	Edad Sexo Procedencia Lugar de residencia Estrato Escolaridad Tipo de familia Seguridad social	Días, meses, años. Masculino, Femenino Urbana, rural Barrio 1,2,3,4,5. Ninguna Preescolar Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior Sin información Reconstituida Extensa Monoparental materna Monoparental paterna Nuclear Vive con amigos Vive en la calle Vive solo Sin información Subsidiado contributivo Vinculado Especial ¿cuál?	Razon Nominal Nominal Nominal Ordinal Ordinal Nominal Nominal	Porcentaje
Factores familiares relacionados	Los problemas presentes en el núcleo familiar de los pacientes maltratados	Estrés Alcoholismo Drogadicción Desempleo Población especial Discapacidad manifiesta	Si/ No Si/ No Si/ No Si/ No Desplazado Indígena Afro Colombiano Enfermo Cronico Física mental	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal	Porcentaje

Tipo de maltrato	Mecanismo por el cual se vulnera al menor	Físico Abuso sexual Psicológico Negligencia Otro	Si/ No Si/ No Si/ No Si/ No ¿Cuál?	Nominal Nominal Nominal Nominal	Porcentaje
Indicadores asociados al maltrato	Complicaciones medicas como causa o motivo del maltrato o razón por la cual se sospecho o diagnosticó el caso.	TCE  Hemorragia intracranéana  Desnutrición  Embarazo  Abandono  Bajo rendimiento escolar  Fracturas óseas inexplicables o inusuales  Lesión abdominal inexplicable  Quemaduras  Contusiones con patrón específico  Lesiones compatibles con abuso sexual  Otro indicador  Requirió estadía en UCI  Condición final	Si/ No  Si/ No  Si/ No  Si/ No  Si/No, tipo y localización  Si/ No tipo y localización  Si/No, tipo y localización  Si/No, tipo y localización  Si/No, tipo y localización  ¿Cuál?  Si/ No  Vivo/muerto	Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal	Porcentaje

**Anexo E. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
PROGRAMA DE MEDICINA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste un estudiante de medicina de la Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud, Neiva. Entiendo que la entrevista formara parte de un estudio sobre las principales características epidemiológicas y factores asociados de los pacientes pediátricos con maltrato infantil. Este estudio proporcionara información útil para la identificación de características de los pacientes maltratados.

Entiendo que seré entrevistada en el Hospital Universitario de Neiva durante mi estadía en el servicio de Pediatría. Se me harán preguntas acerca de: edad, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico y ocupación. La entrevista durara de 10 a 20 minutos.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna.

Se me informa también que este estudio es de carácter académico y por el cual no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación en este. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito.

---

Firma del entrevistador

---

Firma de la entrevistada