

Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL MALTRATO FÍSICO AL NIÑO EN NUESTRO MEDIO.

Dra. Odalys Alfonso Delis,
Especialista de Primer Grado en Pediatría.
Calle Rodríguez núm.465/Reforma y Guasabacoa. Luyanó. Municipio 10 de Octubre.
Teléfono: 98-6915
e-mail: neuroeeg@pejm.sld.cu

Dra. Gladys Fernández Couce
Especialista de segundo grado en Pediatría. Profesora Auxiliar Facultad Finlay-Albarràn.

Dr Jesús Perea Corral
Especialista de segundo grado en Pediatría. Profesor Titular Consultante Facultad Finlay-Albarràn. Dr. en Ciencias Médicas.

Dra Felipa Elena García García
Especialista de segundo grado en Pediatría. Profesora
Asistente Facultad Finlay-Albarràn.

RESUMEN

A través de los siglos los niños han sido golpeados, no necesariamente como resultado de la crueldad sino como castigo, con la creencia de que es para su beneficio. En ocasiones, es difícil distinguir el daño causado por un trauma accidental del causado por un abuso físico. En nuestro trabajo se examinó un tipo particular de comportamiento: el castigo corporal. Nuestro objetivo fue caracterizar el abuso físico en niños menores de 14 años, así como identificar algunos factores sociales relacionados con el maltrato. Para esto se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en 81 pacientes, analizando los casos recibidos en el Hospital “Juan Manuel Márquez” en los cuales se sospechó maltrato físico, intencional o no. De 81 niños estudiados, 38.3% fueron de menos de un año y una cifra similar tenía entre 5 y 14 años; la mayoría de ellos (44.5%) fueron maltratados por la madre, el sexo femenino fue el más afectado y en el entorno familiar predominaron un bajo nivel socioeconómico y condiciones de vivienda deficitarias.

Palabras clave: Maltrato infantil, abuso físico en niños, factores de riesgo.

INTRODUCCION

Pocas violaciones de los derechos humanos suscitan mayor preocupación social y repugnancia que las perpetradas contra los niños. No obstante, el número de casos notificados de niños maltratados no sólo ha alcanzado cifras elevadas, sino que parece estar aumentando.¹⁻³ Con frecuencia, en algunos países el sector de salud se ha unido a otros sectores sociales para hacer frente al problema de la violencia,

reconociendo que esta tiene efectos nocivos en la salud y que hace falta un enfoque polifacético para combatirla y prevenirla, dados sus múltiples factores determinantes y manifestaciones, entre ellas, el maltrato, el descuido y el homicidio.^{4,5} En nuestro trabajo se examinó un tipo particular de comportamiento: el castigo corporal. Este se aplica para causar dolor con el propósito de modificar una conducta indeseada para la persona que se encarga de disciplinar al niño y se impone por distintos medios: palmadas, apretones, golpes.⁶ Es el comportamiento violento que se adopta con frecuencia en los niños.

El maltrato físico puede ser definido como intencional o no. Se le considera intencional cuando existe premeditación y pleno conocimiento de causa por parte del que lo ejecuta, y no intencional cuando el daño o lesión es secundario o negligencia.^{7,8}

La violencia intrafamiliar y el maltrato constituyen una forma de abuso del poder ejercido en el contexto de las relaciones de dependencia que se dan en la familia y afecta el bienestar psicosocial del niño, del adulto responsable del maltrato, de la familia y de su entorno social. Por todo ello, se decidió estudiar algunas de las características del maltrato físico en nuestro medio. Nos propusimos como objetivos identificar el grupo étnico y el sexo y raza en que con mas frecuencia se produce el maltrato, así como algunos de los factores sociales relacionados con este.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo en el Hospital “Juan Manuel Márquez” durante el período comprendido entre octubre del 2000 y octubre del 2002. Se analizaron los casos que llegaron al Centro en los cuales se sospechó maltrato físico intencional o no, con una muestra de 81 pacientes. Este estudio se encuentra sustentado por el protocolo para abuso físico en el niño, propuesto por la OMS; para ello se aplicó una encuesta que consta de tres partes:

Parte A: Relacionada con el niño.

Parte B: Relacionada con la escuela y el hogar.

Parte C: Relacionada con el daño ocasionado.

Esta encuesta fue realizada por la autora, basándose en la sospecha de maltrato físico por parte del médico de asistencia de los diferentes servicios del hospital. Esta sospecha se basó en la presencia de indicadores físicos de maltrato como son: contusiones, equimosis, laceraciones, fracturas, etcétera, con una causa aparentemente inexplicable por el niño, los padres u otros familiares.

En este artículo sólo se analiza el comportamiento de algunas de las variables relacionadas con el niño y el hogar. Ellas son: edad, sexo, y raza del niño, nivel económico, tipo de vivienda y convivencia familiar. La raza se evaluó como blanca, negra o mestiza teniendo en consideración el color de la piel; el nivel económico se consideró alto cuando el ingreso *per cápita* excedía los \$50.00, medio entre \$25.00 y \$49.00 y bajo, menos de \$25.00.

Las categorías de tipo de vivienda utilizadas fueron: apartamento, casa rural, casa de ciudad, vivienda con malas condiciones y otras. La categoría de vivienda en malas condiciones incluyó a todas aquellas cuyo estado estructural fuese desfavorable por deterioro de paredes, pisos, etcétera.

La convivencia familiar se clasificó teniendo en consideración si el niño vivía con ambos padres, solo con la madre o el padre, en el hogar de otros familiares o en un albergue.

Se calcularon los porcentajes de individuos en cada categoría y se presentaron los resultados en forma de tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De 81 casos de niños maltratados, estudiados en el Hospital “Juan Manuel Márquez”, se puede observar en la Tabla 1 que los grupos de edades más frecuentes fueron los correspondientes a los niños menores de 1 año y entre 5 y 14 años (38,3%, respectivamente), lo cual se corresponde con lo reportado en la literatura que indica que los niños menores de 6 años son los que sufren con mayor frecuencia el maltrato.^{7, 8} En esta tabla se puede observar, además, que las madres fueron las personas que con mayor frecuencia perpetraron el maltrato (44.5%); le siguen en frecuencia el padre (25.9%), otras personas (22.2%) y los abuelos (7.4%), lo cual corresponde con los datos obtenidos en otros estudios, analizándose que esto se produce porque las madres son las que pasan la mayor parte del tiempo con sus hijos.⁹⁻¹¹ No obstante, resulta llamativo que los escolares y adolescentes fueron maltratados con mayor frecuencia por personas que no eran sus padres.

Predominó el sexo femenino en 52.0%, mientras que el masculino se afectó en 48.0% (Tabla 2). Estos datos son similares a los de otros países donde la mujer es discriminada y las adolescentes tienen mayor riesgo de ser maltratadas.^{7, 8} En nuestro estudio se recoge que las niñas de raza blanca fueron las más afectadas (23.5%), pero, respecto a esta última variable habría que considerar la estructura racial de nuestra población, en la cual, según datos censales, 66.0% de la población clasifica como blanca, 12.0% como negra y 21.9% como mestiza,¹² de ahí que, en este caso se encontrarían representados en exceso los individuos de raza negra y mestiza con 19.8% y 38.2%, respectivamente.

En la Tabla 3, se observa que la mayor parte del maltrato ocurre en familias de bajo nivel socioeconómico, quienes residen en viviendas con malas condiciones (29.6%), vinculado esto probablemente con situaciones de mayor riesgo psicosocial. Por otra parte, es importante señalar que también en niveles socioeconómicos más altos se dan condiciones (*stress*, escaso tiempo para dedicar a la crianza, individualismo y progreso, frustraciones) que pueden favorecer la violencia doméstica y el maltrato⁹⁻¹¹ y, de hecho, este tipo de familias representó 9.9% de los casos estudiados.

Respecto a la convivencia familiar, la Tabla 4 muestra que en nuestro medio la mayoría de los niños maltratados vive con ambos padres o padrastros en un medio

socioeconómico de nivel medio (23.5%) o bajo (22.2%); aproximadamente uno de cada 5 vive solo con su madre u otros familiares, en hogares con familiares (22.0%) y solamente con la madre (21.0%). En otros países, lo más frecuente es que vivan con familiares por el bajo nivel adquisitivo que poseen.¹³⁻¹⁶ (Tabla 4).

CONCLUSIONES

1. Los grupos de edades más afectados por el maltrato infantil fueron el de menos de un año y el de 5 a 14 años.
2. Los niños en su mayoría fueron maltratados por la madre.
3. Predominaron las niñas de raza blanca pero, los individuos de las razas negra y mestiza se encontraron representados en exceso, si tenemos en consideración la estructura racial de la población y las condiciones de la vivienda.
4. La mayoría de estos niños viven en lugares donde el nivel económico es bajo y las condiciones de la vivienda son deficitarias.

RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar y educar a la población para prevenir el maltrato físico al niño.
2. Detectar y modificar factores de riesgo y promover los factores protectores asociados.
3. Aumentar la capacidad del personal de salud para detectar, diagnosticar, registrar y tratar los casos.
4. Intervenir en el maltrato infantil con acciones preventivas y precoces, sobre todo, en el ámbito de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Neto, O., Minayo Mc. Violence and Banalization of Life. CAD Saude Publics.1944; 10 (1): 22.
2. Reiss, A.I., Roth, J.A., eds. Understanding and Violence. Washington DC: National Academy Press; 1998; 9(3): 78-79.
3. OPS Health and Violence, Regional Plan of Action. Washington: DC.PAHO; 1944; 88 (3): 4.
4. Kark, S.I. Epidemiology and Community Medicine. New York: Appleton-Century Crows; 1998; 34(6): 12-13.
5. Straus, M.A. Discipline and Deviance: Physical Punishment of children and violence and other crime in adulthood. Soc. Problem.1996; 38(9): 133-153.
6. McCormick, Kf. Attitudes of Primary care Physicians toward Corporal. Punishment. Jama; 1994; 267(1): 3161-3165.
7. Weiss Dodge, K.A. Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and maladaptative social information processing style child dev. 1994; 63(1): 1321-1335.
8. Wilson-Brewer, R., Spivak, H. Violence Prevention in schools and other Community Sehings: the pediatrician as initiator, educator, collaborator and educate. Pediatrics. 1998; 94(1): 623-630.

9. Levan, I., Restrepo, H., Guerra de Macedo C. the restructuring of psydnatric care in Latin America: A new policy for mental health services. 1998; 15(1): 71-73.
10. Lepen Cherian, V. Self-Reports of Corporal Punishment; 1996; (63): 240- 250.
11. Belsky, J. Etiology of child mantreatment and development-ecological analysis. Psychol. Rep. 1999; (73): 515-518.
12. Oficina Nacional de Estadísticas. 1989 (1): 16
13. Anderson, S., Payne, M.A. Corporal punishment in elementary education, views of Bardabian School children. Child abuse. 1998; (18): 377-386.
14. Lepad Cherian, V. Self reports of corporal punishment. Psychol. Rep. 2000; (76): 715-818.
15. Morris, J.H., Johnson, C.F., Clasen, M. To report or not to report; physician's attitudes toward discipline and child abuse. Am. J. Dis. Child. 1995; (38): 194-197.
16. American Medical Association, Office of the general Counsel. Corporal punishment in the school. Jawa. 1999; (26): 3205-3212.

ANEXOS

Tabla 1. Personas responsables del maltrato según edad del niño. Hospital “Juan Manuel Márquez”, 2000-2002

Edad (años)	Madre	Padre o Padrastro	Abuelos	Otros	Total	%
< 1	22	6	2	1	31	38.2
1-5	5	7	3	4	19	23.0
5-14	9	8	1	13	31	38.2
Total	36	21	6	18	81	100.0
%	44.4	25.9	7.4	22.2	100.0	-

Tabla 2. Incidencia del maltrato según sexo y raza. Hospital “Juan Manuel Márquez”, 2000-2002

Sexo	Negro	Blanco	Mestizo	Total	%
Masculino	8	15	16	39	48.0
Femenino	8	19	15	42	52.0
Total	16	34	31	81	100.0
%	19.7	41.9	38.2	100.0	-

Tabla 3. Hogar del niño según nivel económico. Hospital “Juan Manuel Márquez”, 2000-2002

Tipo de casa	Nivel Económico				Total	%
	Alto	Medio	Bajo	Desconocido		
Apartamento	5	14	2	-	21	26
Casa rural	2	2	4	-	8	10
Casa de ciudad	1	14	9	-	24	30
Vivienda con malas condiciones	-	1	24	2	27	33
Otros	-	-	1	-	1	1

**Tabla 4. Convivencia del niño y nivel económico familiar.
Hospital “Juan Manuel Márquez”, 2000-2002.**

Hogar del niño	Nivel Económico Familiar					
	Alto	Medio	Bajo	Desconocido	Total	%
Con ambos padres	6	19	18	1	44	55.0
Con la madre	1	8	8	-	17	21.0
Con el padre	1	-	-	-	1	1.0
Hogar de familiares	-	4	13	1	18	22.0
Albergue	-	-	1	-	1	1.0
Total	8	31	40	2	81	100.0
%	9.8	38.2	49.3	2.4	100.0	-