

MALTRATO INFANTIL COMUNA DE LEBU 1995

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1, 1997/ 74-77

*Dr. Andrés Casassas B.**, *Dra. Paulina González Z.**,
*Dra. Cecilia Zapata A.**, *Sra. Noelia Betancur***

INTRODUCCION

Desde tiempos remotos se ha hablado del niño agredido, pero fue sólo en 1962 cuando por primera vez se utiliza el término de niño golpeado para referirse a niños menores de 18 años que sufren daño físico como consecuencia de actos de violencia intencional por parte de las personas que son responsables de sus cuidados. En la actualidad el concepto se ha ampliado, denominándose Síndrome de Niño Maltratado, el cual incluye no sólo daño físico, sino que también moral, psicológico, abandono, negligencia, abuso y explotación sexual (1).

Con el desarrollo de programas y políticas que involucran a muchas instituciones públicas y privadas se ha logrado sensibilizar a la comunidad de la existencia de este grave flagelo; sin embargo, aún este trastorno no es bien conocido en su epidemiología y dimensiones sociales y, por otra parte, los criterios médico-legales son poco precisos.

Aproximadamente sólo el 10% de los casos son denunciados, quedando expuestos muchos menores a seguir sufriendo algún tipo de maltrato. Los estudios realizados tanto en Chile como en otros países revelan que se está sólo frente a la "punta del iceberg" ya que la prevalencia es bastante más alta de la que realmente se tiene conocimiento (2, 3).

En toda agresión a un menor se presenta una tríada formada por un menor en alto riesgo biopsicosocial, un adulto susceptible y factores ambientales. La presencia de algún detonante, que haga romper el frágil equilibrio en alguno de los componentes de esta tríada, desencadenará un maltrato hacia un menor.

Intentando definir el perfil biopsicosocial que rodea al niño maltratado, estudios como los realizados por Smith y cols. logran determinar que es más alto el porcentaje de personas con desórdenes del comportamiento en el grupo de familias agresoras que en un grupo control; que los índices de criminalidad se elevan en el grupo agresor; y que algunos padres agresores tienen marcadas tendencias psicópatas (3). La evaluación de toda la información existente en relación a esta problemática pone en evidencia que el maltrato al menor no es privativo de una clase social o de un determinado grupo socioeconómico.

Interesados en conocer la realidad del maltrato infantil en la comuna de Lebu, y en algunas de las características de la tríada que rodea al niño agredido en esta ciudad de la Provincia de Arauco, se presenta este trabajo como una manera de mejorar la detección y la prevención de este flagelo por parte de los equipos de salud, de las instituciones públicas y privadas relacionadas con el tema y, fundamentalmente, de la comunidad toda.

* Médicos generales de zona del Hospital de Lebu.

** Asistente Social del Hospital de Lebu.

OBJETIVOS GENERALES

1. Determinar las características biológicas y socioculturales de las familias en las que se presentan los casos de maltrato infantil.
2. Determinar las características del Maltrato Infantil en la comuna, así como los grupos etarios más susceptibles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el rango etario y el sexo de los niños que sufren maltrato en la comuna.
2. Determinar las características biosocioculturales del agresor, como edad, parentesco, escolaridad, antecedentes de maltrato en su infancia y consumo de alcohol y/o drogas.
3. Conocer las características de la familia de los niños maltratados en relación a número de hijos, número de orden del caso, escolaridad de los padres, fuente laboral y consumo de alcohol y/o drogas.
4. Conocer las acciones seguidas por el equipo de salud u otras instituciones frente a estos casos.

MATERIAL Y METODO

Se elaboró una ficha clínica tipo para registrar los datos que interesaba conocer. Esta ficha consignó datos de:

- Identificación del menor (nombre, fecha de nacimiento y domicilio).
- Descripción del episodio de maltrato (fecha, hora y anamnesis breve de lo acontecido).
- Descripción del agresor (edad, parentesco, nivel educacional, antecedentes de beber problema, drogadicción, maltrato y/o violencia intrafamiliar en su infancia).
- Clasificación del tipo de maltrato infantil.
- Características del entorno familiar (número de hijos, número de orden del caso, número de integrantes del grupo familiar, edad, nivel educacional, antecedentes de beber problema, drogas y/o maltrato en la infancia de ambos padres y fuente laboral del sostenedor de la familia).
- Antecedentes médicos del caso índice.
- Antecedentes judiciales.
- Plan de manejo por el equipo de salud u otra institución.

Al momento de denunciarse un caso de mal-

trato por parte de cualquier integrante del equipo de salud o de la comunidad, se procedió a completar esta ficha, obteniéndose los datos a partir de una entrevista que sostenía la asistente social con algún familiar o, en algunos casos, con el mismo agresor del menor maltratado. Los casos detectados y fuente de nuestro estudio corresponden a 27 (n = 27) durante el período de enero a diciembre de 1995.

RESULTADOS

Al analizar los datos obtenidos en las fichas de los 27 casos de maltrato infantil detectados por el equipo de salud del Hospital de Lebu durante el año 1995, se encontró que el 85% (23 casos) corresponden a maltrato infantil en la forma de abandono o negligencia (Tabla 1).

TABLA 1
Tipo de maltrato infantil. Lebu, 1995

Tipo de maltrato	Nº casos	%
Abandono o negligencia	23	85,2
Abandono educacional	2	7,4
Abuso sexual	1	3,7
Maltrato físico	1	3,7
Total	27	100

Del mismo modo, el 85% de los casos procedían de áreas urbanas (n = 23).

Un 59,3% (n = 16) corresponden a niños menores de 2 años, no existiendo diferencias significativas en relación a la distribución de los casos según el sexo.

TABLA 2
Características del grupo familiar. Lebu, 1995

Nº integrantes grupo familiar	Nº	%
04	04	14,8
05	08	29,7
06	04	14,8
07	00	00,0
08	05	18,5
09 o más	06	22,2
Total	27	100

El 37% de los casos tenían antecedentes de hospitalizaciones anteriores (n=10).

De los 9 casos en los que fue posible consignar el dato de hijo deseado o no, en 6 de ellos el niño maltratado fue declarado como no deseado.

En el 44,5% de los casos (n=12), el grupo familiar cuenta con 5 o menos integrantes (Tabla 2).

En el 70% de los casos (n=19) el número total de hijos es tres o menos, y en el 41% de ellos (n=11) el número de orden del niño maltratado es el primero.

El padre de estos niños tiene menos de 30 años en el 47,8% de los casos (n=11); y la madre en un 59,3% de ellos (n=16). La escolaridad en el 51,8% (n=28) es la analfabeta o básica incompleta para ambos progenitores (Tablas 3 y 4).

Por otro lado, cerca de un tercio de ellos (32%) son bebedores problema.

TABLA 3
Edad padres de niños maltratados. Lebu, 1995

Edad	Padre	%	Madre	%
15-20	02	8,7	07	26,0
21-25	05	21,7	03	11,1
26-30	04	17,4	06	22,2
31-35	00	00,0	04	14,8
36-40	03	13,0	02	7,4
41-45	01	4,4	00	0,0
46 o más	02	8,7	01	3,7
No consignado	06	26,1	04	14,8
Total	23	100	27	100

TABLA 4
Escolaridad de padres de niños maltratados. Lebu, 1995

Escolaridad	Padre	Madre	Total	%
Analfabeto	02	08	10	18,5
Básica incompleta	09	09	18	33,3
Básica completa	01	05	06	11,1
Media incompleta	01	01	02	3,7
Media completa	01	00	01	1,9
No consignado	13	04	17	31,5
Total	27	27	54	100

En relación a la estructura familiar, la ausencia de alguno de los padres fue de un 41% para el padre (n=11), y de un 18,5% (n=5) para la madre.

Sólo en el 7,4% de los casos el trabajo del sostenedor de esa familia es estable (n = 2). En el 82% de los casos (n = 23) el agresor corresponde a la madre del niño, siendo ésta en el 67% de los casos menor de 30 años (n = 18). La escolaridad del agresor es básica incompleta o analfabeta en el 74% de los casos (n = 20); presentando características de bebedor problema en el 43% de ellos (Tablas 5 y 6).

TABLA 5
Escolaridad del agresor. Lebu, 1995

Escolaridad	Nº casos	%
Analfabeto	09	33,3
Básica incompleta	11	40,7
Básica completa	03	11,1
Media incompleta	02	7,4
Media completa	01	3,7
No consignado	01	3,7
Total	27	100

TABLA 6
Edad del agresor. Lebu, 1995

Edad (años)	Nº casos	%
15-20	09	33,3
21-25	02	7,4
26-30	07	26,0
31-35	04	14,8
36-40	02	7,4
41 y más	02	7,4
No consignado	01	3,7
Total	27	100

No fue posible analizar antecedentes en relación a drogadicción, maltrato en la infancia o violencia intrafamiliar por ser éstos incompletos o poco fidedignos.

La intervención social previa a la detección de cada caso en particular se observó en el 67% de los casos (n = 17), habiéndose solicitado una medida de protección judicial a petición del equipo de salud en el 55,6% de los casos (n = 15).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los casos de maltrato infantil detectados por el equipo de salud durante el año 1995 son mínimos en relación a la prevalencia que tiene este flagelo en esta comuna, una de las más pobres de nuestro país.

Dada esta realidad socioeconómica, no es de extrañar que el nivel educacional tanto de los padres como del agresor sea muy bajo, y que la inestabilidad laboral y el beber problema sean dos crudas realidades en estas familias, como se desprende de este estudio, donde sólo en el 7% de los casos el sostenedor de la familia tiene un trabajo estable y en el 32% de los casos los padres son bebedores problema.

Los niños maltratados en esta comuna son en su mayoría menores de dos (02) años, corresponden al primer hijo y son en un número importante hijos no deseados; siendo el abandono o la negligencia el principal y más importante tipo de maltrato que experimentan.

El agresor resulta ser en la mayoría de los casos la misma madre, la cual es menor de 30 años en el 67% de los casos y con una escolaridad básica incompleta o analfabeta en el 74% de los casos detectados, teniendo, además, el agravante de ser bebedoras problema en el 44,4% de ellos.

Este estudio nos plantea la necesidad de ir implementando más y mejores estrategias para la pesquisa del maltrato en sí, como otras formas de éste que sospechamos tienen una alta incidencia en nuestra comuna como la explotación laboral o el maltrato físico.

Las características de las familias donde se presenta este flagelo, concordantes con una serie de trabajos realizados sobre el tema, son una valiosa herramienta para poder detectar aquellos hogares de mayor riesgo y poder realizar un trabajo multidisciplinario oportuno e integral que permita prevenir este problema sin tener que limitarnos a lamentarlo al observar las cicatrices físicas y psicológicas que está dejando en muchos niños de nuestro país.

REFERENCIAS

1. De la Barra, F. y cols., Epidemiología del Maltrato Infantil: definiciones. Rev. Pediatría al día. 1995 (11):144-148.
2. De la Barra, F. y cols., Epidemiología del Maltrato Infantil: tipos de estudios y registros nacionales. Rev. Pediatría al día. 1995 (11):200-203.
3. Hurtado, L., Síndrome del niño maltratado: problema de desarrollo social. Rev. Pediatría al día. 1996 (12):8-14.