

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

CARACTERIZACION DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE MALTRATO INFANTIL Y SU FRECUENCIA REGISTRADOS EN EL HOSPITAL DE VISTA HERMOSA EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR DE BOGOTA, D.C.

INVESTIGADORES

MARÍA ALEJANDRA VARELA RAMÍREZ

MAURICIO LARRARTE KING

TUTORES TEMÁTICOS

FABIO RODRÍGUEZ

Pediatra, Epidemiólogo, Docente

Universidad de La Sabana

MARÍA BELÉN TOVAR

Pediatra, Coordinadora de Posgrado de Pediatría

Universidad de La Sabana

TUTOR METODOLÓGICO

CARLOS RINCÓN

Estadístico. MSc. Epidemiología Clínica

Universidad de La Sabana

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
CHÍA, COLOMBIA
2012

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que contribuyeron al éxito de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Lista de tablas	
Lista de figuras	
Lista de anexos	
Introducción	
1. Planteamiento del problema	9
2. Pregunta de la investigación	10
3. Propósito del estudio	10
4. Justificación del proyecto	11
5. Objetivos	13
5.1 Objetivo general	13
5.2 Objetivos específicos	13
6. Marco teórico	14
6.1 La violencia	14
6.1.1 Clasificación de la violencia	15
6.1.2 Definición del maltrato infantil	15
6.2 Historia del maltrato infantil	16
6.3 Clasificación del maltrato infantil	19
6.3.1 Abusos físicos	19
6.3.2 Abusos sexuales	21
6.3.3 Abusos emocionales y psicológicos	23
6.3.4 Desatención	23
6.4 Factores de riesgo y protectores	24
6.5 Magnitud del problema	26
6.6 Marco legal	27
6.6.1 Constitución Política de Colombia	28
6.6.2 Código del menor en Colombia	30
6.6.3 Derechos y libertades	32

6.7	Datos estadísticos del maltrato infantil	33
6.7.1	Datos estadísticos a nivel mundial	34
6.7.2	Datos estadísticos a nivel regional	35
6.7.3	Datos estadísticos a nivel local	36
6.8	Causas multifactoriales del maltrato infantil	39
6.8.1	La personalidad o modelo psiquiátrico / psicológico	40
6.8.2	Razones económicas	40
6.8.3	Razones culturales	40
6.8.4	Razones sociales	41
6.8.5	Razones emocionales	41
6.8.6	Razones biológicas	41
6.9	Consecuencias del maltrato infantil	42
6.10	Aspectos demográficos	44
6.10.1	Ubicación de la localidad de Ciudad Bolívar	44
6.10.2	Caracterización geográfica	44
6.10.3	Estructura de la población	45
6.10.4	Población según edad y género	45
6.10.5	Aspectos relacionados con el maltrato infantil en la localidad	46
7.	Ficha del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar (Sivim)	46
8.	Materiales y métodos	49
8.1	Variables del diseño metodológico	50
8.2	Población objeto	50
8.3	Criterios de selección	50
8.4	Tamaño de la muestra	50
8.5	Recolección de datos	51
8.5.1	Análisis de datos	51
8.5.2	Limitantes	51

9. Consideraciones éticas	52
10. Resultados	53
11. Discusión	59
12. Conclusiones	65
13. Recomendaciones	67
14. Bibliografía	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Normatividad de la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública	47
Tabla 2: Caracterización demográfica de Ciudad Bolívar	53
Tabla 3: Maltrato en menores de 18 años, por individuo, según grupo etario, en Ciudad Bolívar	55
Tabla 4: Notificaciones por tipo de maltrato en Ciudad Bolívar	57
Tabla 5: Tipos de maltrato por número y porcentajes de notificaciones	57
Tabla 6: Notificaciones mensuales de maltrato en Ciudad Bolívar	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Maltratos por edad de primera notificación	56
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha SIVIM	73
----------------------	----

**CARACTERIZACION DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE MALTRATO
INFANTIL Y SU FRECUENCIA REGISTRADOS EN EL HOSPITAL DE VISTA
HERMOSA EN LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLIVAR DE BOGOTA, D.C.**

INTRODUCCIÓN

El origen de la palabra “violencia”, alude al uso de la fuerza; a su vez la idea del uso de la fuerza nos conduce al concepto “poder” de algunas personas, instituciones, o instancias sobre otras ⁽¹⁾; según el informe mundial sobre la violencia y la salud del 2003 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) es el uso intencional de la fuerza o el poder de hecho o amenaza, contra uno mismo, otras personas o un grupo que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones.

En cualquiera de sus manifestaciones la violencia representa una forma de ejercicio de poder, mediante el empleo de la fuerza, sea esta física, psicológica, económica, o política; implica la interacción entre dos instancias con poder desigual.

El maltrato infantil es un atentado a los derechos más básicos de los niños, niñas y adolescentes consagrados a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La convención sobre los Derechos del Niño adoptado por las Naciones Unidas en el año 1989 en su artículo 19, en donde exige a sus estados adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente.”⁽²⁾

Por medio del presente estudio se pretende identificar las diferentes modalidades de maltrato infantil en una población vulnerable como es la localidad de Ciudad Bolívar, en Bogotá. Según el último informe de análisis de metas distritales y situación de salud mental, sexual y reproductiva del 2009 en Ciudad Bolívar, se reporta una proporción importante de niños y niñas víctimas de la violencia. Esto hace necesario un diagnóstico actual para realizar el seguimiento a dicha problemática, para así iniciar una intervención local y con el propósito de generar políticas de salud pública a futuro.

1. PROBLEMA

El programa de Especialización en Pediatría de la Universidad de La Sabana, ofrece al residente de último año, la oportunidad de escoger un énfasis en uno de tres aspectos: Nutrición, Neurodesarrollo o Maltrato infantil; parte de las actividades del énfasis en Maltrato infantil se desarrollan durante la rotación de Pediatría Social en Hospitales de primer nivel, como el Hospital de Vista Hermosa, de la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia.

Según el último informe de análisis de metas distritales y situación de salud mental, sexual y reproductiva en Ciudad Bolívar, para el 2009 se reportaron abusos a niños y niñas, a través del sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar (SIVIM) por violencia física u otro tipo, de parte de su núcleo familiar; alrededor de 329 casos, con un promedio mensual de 27 casos en la localidad, y una proporción de violencia en niños 71% y 28% niñas. ⁽³⁾

Para realizar un plan de atención al menor maltratado y plantear alternativas de prevención del mismo en esta zona, se requiere tener un abordaje previo de la situación actual de los casos de maltrato infantil en la localidad y de esta forma dirigir los esfuerzos hacia los aspectos de mayor vulnerabilidad documentados, con el fin de implementar hacia el futuro políticas de salud pública que permitan disminuir la elevada tasa de incidencia.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia actual de maltrato infantil, sus tipos y variables relacionadas que predominan en la población menor de 18 años en la localidad de Ciudad Bolívar?

3. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de nuestro estudio es evaluar las diferentes modalidades de maltrato infantil en la localidad de Ciudad Bolívar, para realizar un diagnóstico actual de la situación, previamente descrita en el año 2009 e incentivar la generación de políticas de salud pública y su intervención.

4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

En la localidad 19 de Bogotá, Ciudad Bolívar, se atienden niños en los primeros niveles de atención, víctimas de situaciones de maltrato.

En el año 2009 el Hospital de Vista Hermosa nivel I, adopta la política integral de gestión y administración de riesgos mediante la Resolución 358 de Noviembre del 2009, en la cuál se inician los programas “Salud al Colegio” y “Salud a su Casa”, y se implementa el Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar (SIVIM).

El Hospital de Vista Hermosa, hace parte de los principales centros de atención de la localidad, en él, se canalizan la mayoría de casos de menores maltratados, a través del diligenciamiento de la ficha SIVIM, que es un sistema de monitoreo, seguimiento, intervención y canalización de casos de violencia que se dan en la localidad, este es un instrumento privilegiado para conocer el impacto tanto en el nivel cuantitativo como cualitativo de diferentes instituciones de la localidad como colegios, organizaciones sociales, centros de salud adscritos o no al Hospital Vista Hermosa, entre otros, para su adecuado tratamiento.⁽⁴⁾

Una de las debilidades que se perciben de dicha ficha es que no se plantea la prevención sino se parte de actos violentos que son captados por personal de salud y a partir de dichos datos obtenidos se realiza la intervención.

En dicha localidad, se presentan a diario múltiples casos de violencia que perjudican la salud de sus habitantes, ésta tiene orígenes sociales y psicológicos complejos, que exigen para su prevención o intervención, un diagnóstico de la situación actual, a través de la caracterización de las diferentes modalidades de maltrato y su frecuencia y así mismo la implementación de estrategias combinadas entre el sector salud y otros sectores e instituciones para el mejoramiento de este problema. ⁽⁴⁾

El presente estudio genera impacto en diferentes ámbitos; para la comunidad en general, desde el punto de vista social y académico, a través de la participación de la Universidad de La Sabana en los procesos locales de diagnóstico de situaciones de alto impacto como la violencia al menor; como ente académico en el diseño y desarrollo de programas y políticas con miras a disminuir este evento y su impacto en el futuro. Y uno de los más importantes, desde el punto de vista económico, influir positivamente para reducir las secuelas que del maltrato al menor se derivan desde la salud física y psicológica, hasta el alto costo para nuestra sociedad.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la frecuencia de las diferentes modalidades de maltrato infantil que predominan en niños (as) menores de 18 años, en la localidad de Ciudad Bolívar durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2010.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.2.1 Describir las características socio demográficas, de la población menor de 18 años de la localidad de Ciudad Bolívar en el periodo de Enero de 2010 a Diciembre de 2010.
- 5.2.2 Determinar el tipo de maltrato que predomina en la localidad de Ciudad Bolívar.

6. MARCO TEORICO

6. 1 La Violencia

Según la OMS, en la violencia no existe un factor que explique por sí solo la razón por la cuál una persona o una comunidad actúa en forma violenta y en situaciones similares su respuesta sea pacífica. Consideran que es un fenómeno sumamente complejo en el que actúan factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. ⁽⁵⁾

Según dicho organismo, la respuesta del sector salud a la violencia es reactiva y terapéutica, por lo que se debe abordar en forma integral, es decir de manera holística. ⁽⁵⁾

La OMS considera que por no tener clara una definición científica de violencia, no se ha considerado un problema de salud pública. Afirman que las conductas que son aceptadas o rechazadas dependen de la cultura, de la ética y de las normas sociales, las cuales continuamente evolucionan ⁽⁶⁾. Sin embargo, la define como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.⁽⁵⁾

6.1.1 Clasificación de la violencia

La OMS considera que se requiere una clasificación para esclarecer la naturaleza del problema y las acciones necesarias para afrontarlo. Dentro de la violencia; el maltrato infantil es uno de los males que aquejan al mundo, convirtiéndose en un problema de salud pública.

6.1.2 Definición del maltrato infantil

De acuerdo con la OMS,⁽⁵⁾ el maltrato infantil se define como

Abuso o maltrato de niños que abarca toda forma de maltrato físico, emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

En el maltrato infantil existen dos agentes: quienes lo perpetran (victimarios) que pueden ser los padres u otros miembros de la familia, los cuidadores, amigos, conocidos, desconocidos, personas investidas de autoridad (maestros, militares, policías, sacerdotes, empleadores, profesionales sanitarios) y quienes reciben la agresión (las víctimas).⁽⁶⁾

6. 2 Historia del Maltrato Infantil

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. Éste, no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales. Durante siglos la agresión a los niños 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 ⁽⁷⁾.

La Biblia recoge muchos ejemplos, y tal vez el más conocido sea la Matanza de los Inocentes, ordenada por Herodes, temiendo el nacimiento de Jesús, Rey de los Judíos. El infanticidio es uno de los actos más violentos practicado y aceptado en tiempos remotos por motivos religiosos o disciplinarios. Las tribus Támalas de Madagascar, sacrificaban al hijo nacido en día nefasto para proteger a la familia; los egipcios ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara mejor la cosecha anual; en Grecia y Roma los niños enfermos y malformados eran eliminados; mientras que en China, arrojar el cuarto hijo a las fieras constituía un método de control de la natalidad. Asociado a estas prácticas, el castigo físico ha sido y es utilizado, como método educativo y

disciplinario ⁽⁷⁾.

El Derecho Romano otorgaba al Pater Famili derechos de vida o muerte sobre sus hijos, pudiendo venderlos, matarlos, castigarlos o abandonarlos a su gusto, erigiendo la familia sobre bases de poder y fuerza. Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando aparecen por vez primera publicaciones en relación con este tema. ⁽⁶⁾

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los niños. Henry Kempe y Silverman en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, concepto este que fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado. ⁽⁹⁾

Por todos estos sucesos, se desarrollan medidas para generar un cambio en esta situación y es así como hacia 1919 la Sociedad de las Naciones (SDN) crea el Comité de Protección de la Infancia. La existencia de este comité hace que los Estados no sean los únicos soberanos en materia de Derechos del Niño. ⁽¹⁰⁾

Se mencionan los hechos más importantes en el proceso del estudio de los derechos del niño:

1923: Se funda Save the Children por Eglantyne Jebb (1876-1928), formula junto con la Unión Internacional de Auxilio al Niño, la Declaración de los Derechos del Niño. ⁽¹⁰⁾

1924: La Sociedad de Naciones adopta la Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño.⁽¹¹⁾

1927: Durante el IV Congreso Panamericano del Niño, once países americanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Perú, Uruguay y Venezuela) suscriben el acta de fundación del Instituto Interamericano del Niño, organismo promotor del bienestar de los niños y sus madres en la región.⁽¹²⁾

1934: La Sociedad de Naciones aprueba por segunda vez, la Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño.⁽¹³⁾

1946: El Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) recomienda retomar la Declaración de Ginebra. Luego de la Segunda Guerra Mundial, un movimiento internacional se manifiesta a favor de la creación del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁽¹⁴⁾

1948: La Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En ella, los derechos y libertades de los niños, las niñas y los adolescentes están implícitamente incluidos.⁽¹⁵⁾

1959: La Declaración de los Derechos del Niño es adoptada por unanimidad. Sin embargo, este texto no es de cumplimiento obligatorio para los Estados.⁽¹⁶⁾

1979: Se celebra el Año Internacional del Niño. Se realizan actividades conmemorando el vigésimo aniversario de la Declaración de los Derechos del Niño.⁽¹⁷⁾

1989: La Convención sobre los Derechos del Niño es adoptada por la Asamblea General de la ONU y abierta a la firma y ratificación por parte de los Estados.

1990: Se celebra la Cumbre Mundial de Presidentes en favor de la infancia. En dicha cumbre se aprueba el Plan de Acción para el decenio 1990-2000, el cual sirve de marco de referencia para los Planes Nacionales de Acción en cada Estado parte de la Convención. ⁽¹⁸⁾

2001: Se celebra el Año Interamericano de la Niñez y la Adolescencia. ⁽¹⁹⁾

6. 3 Clasificación del Maltrato Infantil

En el Informe mundial sobre la violencia y la salud y la Consulta de la OMS sobre la prevención del abuso infantil (1999) se distinguen cuatro tipos de maltrato infantil:

- Abusos físicos
- Abusos sexuales
- Abusos emocionales y psicológicos
- Desatención. ⁽²⁰⁾

6. 3. 1 Abusos físicos.

El abuso físico, puede definirse como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. Se incluyen en este concepto los golpes, palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrasamientos, quemaduras, envenenamientos y asfixia. Gran parte de la violencia infantil en el hogar responde al propósito de castigar al niño.

(21)

La agresión física además de las cicatrices físicas que deja en el niño o la niña, produce secuelas emocionales que son imborrables y obstaculizan su sano desarrollo integral. (22)

Fontana plantea que las heridas que no calzan dentro del cuadro general del niño golpeado, no siempre son fáciles de diagnosticar pero las laceraciones en tejidos blandos, las abrasiones, las quemaduras y los hematomas en cualquier parte del cuerpo deben observarse siempre con sospecha, se les debe comparar con la versión de los padres y si además, hay evidencias o cicatrices de lesiones antiguas nos ayudará a poder brindar un diagnóstico de agresión. (22)

Las contusiones o hematomas, se encuentran principalmente en los glúteos, espalda, genitales y cara, pueden aparecer con un patrón que lo hace característico de una forma: pellizco, correa, zapato, regla (palo), pueden ser todas de un mismo o diferente color, estas últimas revelan que las lesiones no fueron causadas todas el mismo día. Las quemaduras con agua caliente son las más frecuentes, a los niños más pequeños los queman por inmersión y a los mayores les tiran o derraman el agua caliente encima. Otras quemaduras con objetos son fácilmente reconocibles dado que la quemadura presenta una forma uniforme en la piel de la víctima. Las quemaduras

por cigarrillos generalmente se encuentran en la espalda, palmas de las manos y plantas de los pies. ⁽²²⁾

6. 3. 2 Abuso sexual.

La violencia sexual es definida como un evento de interés en salud pública por su impacto en el individuo, su familia y la sociedad. En atención al sufrimiento y el daño que genera, la violencia sexual requiere de máxima atención. ⁽²³⁾

El abuso sexual puede definirse como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima.

6. 3. 2. 1 Violencia sexual en el mundo y en Colombia.

Según la OMS se estima que en el mundo de 1 a 2 de cada 10 mujeres han sido víctimas de la violencia sexual, y 2 de cada 10 hombres lo han sido también. ⁽²³⁾

Los casos de violencia sexual se dan en cualquier edad, sexo o estrato social, sin embargo, las mujeres, niños y niñas son las principales víctimas de este fenómeno. En el caso de las violaciones el 85.7% de las víctimas son mujeres; por cada 6 mujeres agredidas se cuenta un hombre igualmente agredido. De cada 12 mujeres agredidas menores de 17 años, una de ellas

resulta embarazada y una de cada 23 personas agredidas presenta alguna enfermedad de transmisión sexual. ⁽²⁴⁾

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses, durante al año 2006 informa que realizaron 19.592 dictámenes sexológicos, 3.935 de ellos en Bogotá. ⁽²⁵⁾

De acuerdo con el Código Penal Colombiano, los actos sexuales con una niña menor de 14 años, y el embarazo en este grupo de edad, constituyen un delito. ⁽⁵⁾ Los embarazos por violación, en las estadísticas presentadas, la violencia sexual no ha sido denunciada y sólo lo han hecho en casos excepcionales. Las víctimas no denuncian por varias razones entre las que se encuentran: 1) desconocimiento de los mecanismos u organismos ante quienes tienen que denunciar, 2) pena y temor de que la gente se entere, 3) desconfianza hacia la efectividad de la justicia y 4) miedo de recibir un mal trato, 5) miedo por haber recibido amenazas de muerte bien sea a ellas mismas o a sus familiares. ⁽⁵⁾

Según el informe del año 2010 de la OMS sobre Maltrato Infantil, cuando ha ocurrido la violación algunas menores acuden a sus madres en un (9.1%) o en algunos casos a sus amigas. Las víctimas que contaron sobre el ataque sexual, en un 84.1% recibieron apoyo por parte de sus madres o alguna amiga. Dicho informe refiere además que alrededor del 12,4% de estas menores tuvo acceso a métodos de anticoncepción de emergencia, y el 62,8% de las que quedaron en embarazo durante la violación, recurrieron a interrupción de la gestación, lo cual agrava el panorama descrito. ⁽⁵⁾

Una de las consecuencias más graves de la violencia sexual es el embarazo forzado, que con frecuencia termina en abortos inseguros. Otra consecuencia igualmente grave es la exposición al contagio con VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Cuando se afronta el

embarazo forzado, especialmente en niñas entre 10 y 14 años de edad, es común observar complicaciones y peligros para la salud de las madres, así como las consecuencias del estrés psicosocial, como graves factores de riesgo para la mortalidad materna y perinatal ⁽²⁶⁾

Existen formas pasivas y activas de violencia sexual. Existen ofensas donde no hay contacto físico, pero predominan las agresiones morales, éticas y psicológicas, entre ellas la represión sexual bajo amenazas, el impedimento a que la persona reciba información sobre sexualidad, el no brindar educación sexual a los niños, niñas y adolescentes de la familia, el uso de las relaciones sexuales como método de intercambio: “si tenemos sexo, te doy lo que quieras”, o el condicionamiento del dinero de la manutención del hogar al hecho de tener relaciones sexuales, aunque la pareja no lo desee.

6. 3. 3 Abusos emocionales y psicológicos.

Se produce cuando un adulto no proporciona las condiciones necesarias e incluye actos que tienen efectos adversos para la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas, la intimidación, la discriminación, el rechazo, el menosprecio, los actos de terror y otras formas no físicas del maltrato hostil.

Los abusos emocionales y psicológicos pueden manifestarse tanto en incidentes aislados como en una reiterada dejación por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo. Los comportamientos de este tipo dañarán muy probablemente la salud física o mental del niño, o bien su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

6. 3. 4 Desatención.

El descuido es un tipo de maltrato muy frecuente e incluye acciones u omisiones de los padres o cuidadores y se presenta cuando los responsables del niño/a no satisfacen sus necesidades básicas teniendo la posibilidad de hacerlo. Privan a los niños/as de la protección, alimentación, cuidados higiénicos, vestimenta, educación, atención médica, supervisión o se le deja en total abandono, lo cuál muchas veces pasa desapercibido para algunos funcionarios de salud incluyendo los de atención primaria.

La desatención abarca tanto incidentes aislados como el reiterado desinterés por parte de un progenitor u otro miembro de la familia cuando están en condiciones de ofrecérselo con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de los aspectos siguientes:

- Salud
- Educación
- Desarrollo emocional
- Nutrición
- Hogar y condiciones de vida seguras. ⁽²⁷⁾

6. 4 Factores de Riesgo y Protectores

El maltrato físico y psicológico, tienen un impacto significativo en el desarrollo del menor, incrementado la aparición de problemas de conducta, deficiencias sociales, trastornos emocionales o enfermedades.

Dentro de los factores de riesgo, es importante mencionar los individuales, familiares y sociales, así como aquellos factores de protección que dificultan su aparición.

El maltrato infantil es el resultado de la interacción entre múltiples variables interrelacionadas.

⁽²⁸⁾ Se ha encontrado que la edad de los padres está inversamente relacionada con el maltrato físico. ^(29,30) Asimismo, el bajo nivel educativo ⁽³¹⁾, la presencia de trastornos psicopatológicos en los cuidadores, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ⁽³²⁾, un estatus socioeconómico bajo ⁽³³⁾, o la violencia doméstica entre los miembros de la pareja ^(34,35) parecen aumentar el riesgo de que el menor sea castigado física o psicológicamente.

Por otro lado, la relación entre el sexo del menor y malos tratos permanece controvertida ⁽³⁶⁾.

Mientras algunos autores como Vissing, Straus, Gelles y Harrop (1991) encontraron que ser varón incrementaba la probabilidad de recibir maltrato psicológico, otros como Sedlak (1997) ⁽³³⁾, no hallaron una asociación entre la presencia de este tipo de violencia y el sexo del menor. En relación al abuso sexual, sí se ha encontrado que ser mujer eleva hasta tres veces el riesgo de victimización sexual ⁽³⁷⁾. Vivir con un solo padre, percibir a la madre como no disponible y experimentar la vida familiar como poco satisfactoria parecen aumentar la probabilidad de verse envuelto en una situación sexualmente abusiva. ⁽³⁸⁾

Larrain y Bascañan 2006, ⁽³⁹⁾ identifican las siguientes situaciones asociados al maltrato infantil: recibir educación de un solo progenitor, o por padres y madres muy jóvenes, sin apoyo de la familia extensa; hacinamiento, y presencia de relaciones violentas dentro de la familia.

Desde un modelo centrado en las características de algunos menores que podrían favorecer la aparición del maltrato, se ha encontrado que aquellos niños que sufren algún tipo de discapacidad física o cognitiva, enfermedades crónicas o los que muestran patrones de conducta asociados a un componente afectivo de tipo negativo (por ejemplo, el comportamiento antisocial, disruptivo o ansioso) podrían ser especialmente susceptibles al maltrato. ⁽⁴⁰⁾

6.5 Magnitud del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 40 millones de niños sufren violencia en el mundo y en la Región de las Américas y el Caribe ésta se da en todas las formas.

La mayoría de los menores sometidos a castigos corporales se encuentran entre los 2 y los 7 años de edad, aunque las edades más afectadas comprenden entre los 3 y los 5 años. Un 85% de las muertes por maltrato son clasificadas como accidentales o indeterminadas y por cada muerte, se estiman 9 incapacitados, 71 niños con lesiones graves e innumerables víctimas con secuelas psicológicas. ⁽⁴¹⁾

Según el último informe del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para el año 2011, se presentaron alrededor de 15.066 denuncias por maltrato infantil, en promedio 2.152 al mes, en donde Ciudad Bolívar representó un porcentaje importante con 727 casos. ⁽⁴²⁾

Del mismo modo, de acuerdo con el informe del Hospital de Vista Hermosa del análisis de metas distritales y situación de salud mental y reproductiva en Ciudad Bolívar, se incluyeron los reportes de abusos a niños y niñas, por violencia física o de otro tipo de parte de su núcleo familiar y en otros lugares así: en el 2009 se reportaron 329 casos, con un promedio de 27 casos mensuales en la localidad. La proporción entre niños y niñas víctimas de la violencia fue de 71% en niños contra 28% de niñas. Por edades, el promedio de las víctimas fue de 8.1 años. La proporción de menores de 1 año entre los maltratados fue de 9.3% y entre los 0 y 4.9 años fue de 21.8%, los menores violentados físicamente entre 5 y 9.9 años fue de 40.6%, la más alta; y la proporción de menores violentados entre los mayores de 10 años fue de 37.5% casi tan elevada como la anterior. ⁽³⁾

En la actualidad no se conocen datos respecto a la frecuencia de maltrato ni las modalidades de este en esta localidad, por lo cuál el presente estudio pretende dar a conocer la estadística que se presenta en el momento según los últimos reportes de datos obtenidos en el Hospital de Vista Hermosa, a través de la ficha SIVIM, de los casos atendidos en el período de Enero a Diciembre del 2010.

6. 6 Marco Legal

En Colombia, se ha establecido todo un marco legal para la protección, específicamente de la infancia, el cual se entiende como las normas generales que se encargan de regular la educación, con una función social acorde a las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la

sociedad, las cuáles están basadas en los principios de la Constitución Política, en los que se define y desarrolla la organización y la prestación del servicio para la infancia, con el fin de mejorar y proteger la vida de los niños.

6. 6. 1 Constitución Política de Colombia.

En un principio, con la instauración de la Constitución Política que se creó en 1886 y se reformó en 1991, Colombia adoptó la fórmula de Estado Social de Derecho, basándose en la forma de un Estado unitario, descentralizado y con cierta autonomía de sus entidades territoriales su forma de gobierno es democrática, participativa y pluralista gobernada por el presidente, el cual se elige por cuatro años, con el establecimiento de un sistema judicial acusatorio, con la Fiscalía General de la Nación como órgano acusador dentro del poder judicial. Los fines primordiales del Estado son los de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, y derechos y deberes consagrados en la Constitución, por lo cual, se debe facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en los aspectos económicos, políticos, administrativos y culturales de la Nación, defendiendo la independencia nacional, manteniendo la integridad territorial y asegurando la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, para lograrlo, existe un sistema democrático caracterizado en dos partes, de manera directa y participativa; puesto que la soberanía reside exclusivamente en el pueblo, del cual emana el poder público, quienes ejercen en forma directa o por medio de sus representante, en los términos que la

Constitución establece, son los encargados de velar por la integridad de todas las personas, incluidos los niños.

Para esto el Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad, por otro lado, pero con el mismo sentido, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación Colombiana, como obligación del Estado y de las personas las riquezas naturales de la nación. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, deben recibir la misma protección y trato de las autoridades y gozan de los mismos derechos y libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, religión opinión política y filosófica, además de esto el derecho a la vida es inviolable, por esta razón no existe la pena de muerte y el Estado deberá promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptar medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

También se creó la Corte Constitucional como organismo independiente de la Corte Suprema de Justicia que desde 1910 ejerce la función de control constitucional, la cual se encarga de guardar la supremacía e integridad de la Constitución. Debido a esto, y en virtud de estas funciones decide sobre las demandas de inconstitucionalidad que presenten los ciudadanos en acción pública contra las leyes, decretos legislativos, leyes aprobatorias de tratados internacionales, convocatorias a referendo o asamblea constituyente y contra las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales, entre ellos, los derechos de los niños.

Esto es, a grandes rasgos y sin olvidar que está centrado hacia el tema principal del maltrato infantil, la Constitución Política de Colombia, la cual rige y mantiene nuestra sociedad democrática y participativa, vela por la seguridad y el bienestar de todos sus integrantes y controla las infracciones hacia ésta. Pero al ser tan general, debe existir un apartado específico que controle, cuide y proteja a la infancia.

Por esto, la Constitución Política de Colombia, consagra los derechos de la niñez y les da prioridad sobre los derechos de los demás, en el artículo 44: "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud, y familia y no ser separados de ella, el cuidado y el amor, la educación, la cultura, la recreación, la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, la violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos de riesgo. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia".⁽⁴³⁾

6. 6. 2 Código del Menor.

Es claro como la construcción de la política pública para la primera infancia surge como respuesta a un proceso de movilización social generado a partir de la necesidad de retomar y dar un nuevo significado a la temática del desarrollo de la primera infancia en Colombia; en la convención Internacional de los Derechos de los Niños fue ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991⁽⁴⁴⁾ y que en ella se establece que los Estados Partes respetarán los derechos en ésta enunciados y asegurarán su aplicación a cada niño/a sujeto a su jurisdicción sin distinción

alguna, así, el Código del menor tiene como objetivo garantizar a la niñez y a los adolescentes que se encuentren en el territorio nacional disfrutar y exigir sus derechos fundamentales.

Esta convención facilitó la orientación de las políticas de los Derechos de la Infancia y de los adolescentes, por su ratificación de los convenios que compromete a los Estados para que adopten medidas educativas, administrativas, de movilización social y normativas encaminadas a la divulgación y aplicación de su contenido.

Representación legal del menor: Conceptualmente el niño desde sus primeros años, hasta la mayoría de edad (18 años), sin importar los distinguos de edad, género, raza, etnia o estrato social, está definido como un ser social, sujeto pleno de derechos, activo y en proceso de construcción, concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural.

Reconocido como ser en permanente evolución, el cual posee una identidad específica que debe ser valorada y respetada como parte esencial de su desarrollo psíquico y cultural, el cual no es un agente pasivo en quien recaen acciones, sino que es un sujeto que interactúa con sus capacidades actuales para que por medio de ésta, se consolide y construyan experiencias nuevas para su desarrollo. Debido a esto, es indispensable tener en cuenta el aporte nutricional y la salud como fundamentos biológicos, y los contextos de socialización (familia, instituciones, comunidad) como los cimientos sociales y culturales principales para su desarrollo.

Con base en dichas premisas, el Código de la infancia y de la adolescencia, Ley 1098 del 2006,

hace referencia a los derechos de los menores de edad (hasta los 18 años) especificando, en su artículo 3, que son:

Sujetos titulares de derechos: para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 34 del código civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años de edad, y por adolescentes las personas entre 12 y 18 años de edad.⁽⁵⁾

Según esto, es clara la definición del menor según la Constitución y el Código del Menor, es preciso aclarar entonces, sus derechos para interactuar en sociedad y alcanzar su bienestar de la mejor manera posible.

6. 6. 3 Derechos y libertades.

Según el Código de la Infancia y la Adolescencia (ley 1098 de 2006) todos los menores de 18 años, gozaran de los derechos consagrados en la Constitución Política, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y el mencionado Código deberán velar por esto para que sean cumplidos y aprovechados por la infancia.

De esta manera se puede decir que los derechos de los niños y niñas, incluyendo los adolescentes son:

- 1) Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Artículo 17.
- 2) Derecho a la integridad personal. Artículo 18.
- 3) Derecho a la rehabilitación y la resocialización. Artículo 19.
- 4) Derechos de protección. Artículo 20.
- 5) Derecho a la libertad y seguridad personal. Artículo 21.

- 6) Derecho a tener una familia y a no ser separado de ella. Artículo 22.
- 7) Custodia y cuidado personal. Artículo 23.
- 8) Derecho a los alimentos. Artículo 24.
- 9) Derecho a la identidad. Artículo 25.
- 10) Derecho al debido proceso. Artículo 26.
- 11) Derecho a la salud. Artículo 27.
- 12) Derecho a la educación. Artículo 28.
- 13) Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. Artículo 29.
- 14) Derecho de la recreación, participación en la vida cultural y en las artes. Artículo 30.
- 15) Derecho a la participación de los niños, las niñas y los adolescentes. Artículo 31.
- 16) Derecho de asociación y reunión. Artículo 32.
- 17) Derecho a la intimidad. Artículo 33.
- 18) Derecho a la información. Artículo 34.
- 19) Derecho a la protección laboral de los adolescentes autorizados para trabajar y la admisión mínima de admisión al trabajo. Artículo 35.

Es importante destacar que no hay ningún derecho más importante que otro, todos son de la misma importancia y se deben respetar para el adecuado desarrollo de los niños Colombianos, sin embargo solo se mencionan sin entrar en detalles, puesto que el objetivo de este parágrafo es el de informar y despertar interés en las personas que buscan la protección y el cuidado de los niños y niñas que pueden ser afectados por el maltrato infantil, dando de esta manera, pautas para la prevención e información buscando que se hagan las denuncias correspondientes y de igual manera los cuidados hacia este sector de la población tan importante. ⁽⁴⁵⁾

6. 7 Datos estadísticos del Maltrato Infantil

El maltrato infantil es un problema tan antiguo como la humanidad, que paulatinamente ha venido exteriorizándose desde el siglo XIX, periodo en el cuál la sociedad comienza a tener conciencia de este y en donde surgen todas las inquietudes, dudas y cuestionamientos sobre la crueldad y la violencia en sus distintos escenarios en la población infantil.⁽⁴⁵⁾

6. 7. 1 Datos estadísticos a nivel mundial.

En la actualidad vemos que en todos los países del mundo el maltrato infantil sigue vigente. Millones de niños viven sometidos a trabajos forzados, a la prostitución, al hambre, a la mendicidad y Colombia no es la excepción.⁽⁶⁾

En Estados Unidos se reportan anualmente 1.600.000 casos de maltrato con 2000 defunciones, constituyendo solo la punta del iceberg los que acuden a requerir asistencia médica y hospitalaria. Entre un 60-70 % son menores de 3 años, el 60 % son varones, aunque dentro del abuso sexual se reporta un 83 % de niñas, y se reporta un 100 % de familias disfuncionales con uso del castigo físico como medida disciplinaria.⁽⁶⁾

Según datos incluidos en el informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas (ONU 2006), anualmente se reportan, entre 133 y 275 millones de casos de violencia infantil dentro de sus hogares, espacio que debiera ser de protección y afecto. En el informe mundial sobre

violencia y salud de la OMS, se calcula que en el año 2000, aproximadamente 57 mil personas menores de 15 años fueron víctimas de homicidio.

A nivel internacional, la publicación de 2003 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo, y la realización en el año 2006 del Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, donde presenta la investigación realizada a fondo sobre el fenómeno del maltrato infantil, generando aportes fundamentales para dimensionar este tema en el mundo y contribuyen a evaluar los avances, compartir las buenas prácticas y poner de manifiesto los desafíos pendientes.⁽⁴⁶⁾

6. 7. 2 Datos estadísticos a nivel Regional.

En América Latina millones de niños sufren diariamente maltratos a manos de las personas que deben amarlos y protegerlos. El 65% de los niños maltratados no alcanza los 5 años de edad, totalmente indefensos, son víctimas inocentes del abuso, pero también de la indiferencia de una sociedad que permite o en el mejor de los casos ignora su sufrimiento.

Estimaciones de UNICEF, en América Latina cerca de 6 millones de niños y niñas, y adolescentes, son objeto de agresiones y a esto se le suman cerca de 80 mil muertes por maltrato infantil sobre las familias. (ONU 2006).

En América Latina y el Caribe, con una población de más de 190 millones de niños, las investigaciones realizadas indican que, además de ser una de las regiones más desiguales del

mundo, posee los mayores índices de violencia, que afectan sobre todo a mujeres, niños y niñas (Pinheiro, 2006). Según el estudio del Secretario General, en la región la violencia contra los menores de edad en el interior de las familias se manifiesta principalmente por medio del castigo físico como forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica.⁽⁴⁶⁾

6. 7. 3 Datos estadísticos a nivel local

En Colombia, la violencia, constituye el principal problema de salud pública del país, no solamente por las cifras de muertos, lesionados, secuestrados, desaparecidos y desplazados que ésta representa, sino también por el impacto que tiene sobre la salud de los colombianos y sobre este sector.

La violencia alcanza dimensiones de la vida social que en ocasiones la hace menos visible pero no por ello menos nociva para la vida de los colombianos. Estas formas de violencia son: la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil, que por lo cotidianos y por considerarse asociados a la cultura no son identificados ni atendidos en forma oportuna y efectiva.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 reportan que el 42% de las mujeres encuestadas refieren que sus esposos o compañeros castigan a sus hijos con golpes.

Según datos del plan de acción a favor de la infancia, dos millones de niños en Colombia, son maltratados cada año, y de éstos, ochocientos cincuenta mil (850.000) en forma severa. En Colombia el maltrato físico es el más frecuentemente reportado aunque el maltrato emocional

parece ser más prevalente (4.3%) de niños (as) son maltratados (a) físicamente y 9.7% emocionalmente.⁽⁴⁷⁾

En 1998, Medicina Legal realizó 9.290 dictámenes por maltrato físico. De otro lado, se realizaron 9.966 dictámenes por delitos sexuales contra menores perpetrados dentro y fuera del núcleo familiar, para unas tasas de 83 x100.000, en los grupos de 10 a 14 años, 71 x100.000 en los de 15 a 17 años, y 62 x100.000, en los menores de 5 a 9 años. Del total de dictámenes realizados en Colombia a menores de 15 años, sin incluir Santafé de Bogotá, el agresor correspondió en el 33% de los casos a un familiar (padre, padrastro, tío, primo, etc.), el 46% a otro conocido y el 21% a un desconocido.⁽⁴⁷⁾

Por otra parte el análisis del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizado en el 2009, no dista de ser abrumador, con un incremento significativo de las estadísticas, que arrojaron datos de 14.094 casos de maltrato infantil, para una diferencia de 175 casos más con respecto al 2008.⁽⁴⁸⁾

Este incremento en el número de casos probablemente se ha visto relacionado con la mayor denuncia de los sucesos, lo cual es preocupante, ya que nos muestra una realidad que se ha querido ocultar por mucho tiempo pero que es aterradora.

El maltrato en los niños origina desórdenes en su proceso de socialización y desarrollo emotivo y genera problemas de conducta y de aprendizaje. Un niño constantemente golpeado no tiene autoestima y por lo tanto tendrá problemas para adaptarse a vivir en sociedad. La mayoría de los

niños que hoy sobreviven en las calles de las ciudades, están allí huyendo de la violencia de sus familias, según estimaciones del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en el país hay cerca de 30.000 niños que pasan en la calle la gran mayoría de su tiempo. El 37% de esa población estaría ubicado en Bogotá. Cerca del 75% de los niños de la calle manifiesta haber sufrido maltrato en su familia y el 37% de ellos lo reconoce como el factor principal de su evasión del hogar.⁽⁴⁹⁾

Los Derechos del Niño, ratificados por casi todos los países, entre ellos por Colombia, consagra el derecho de los niños a ser escuchado, respetado y querido. Sin embargo, son derechos irrespetados aún por las personas más cercanas a los niños: padres, madres y maestros.⁽⁵⁰⁾

En Bogotá en el 2000 se registraron 68.585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10.900 fueron por maltrato infantil, 43.210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos. Dos millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1.000 sufren de algún tipo de maltrato. En promedio, mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente.

En 2001 el Instituto de Medicina Legal practicó 13.352 dictámenes sexológicos por abuso o violencia, de los cuales 8.745 se practicaron en mujeres y 1.210 en hombres. El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%).

En este tipo de abuso contra menores de 18 años el Instituto de Medicina Legal constató que en el 78% de los casos, el agresor era un conocido del niño o niña, especialmente padre, padrastro u otro familiar. También Medicina Legal viene constatando un aumento de las denuncias en los últimos años; de un total de 10,716 dictámenes en 1997 se pasó a 12.485 en 1999 y a 13.352 en 2001.⁽⁴⁹⁾

En Colombia se reporta que en el 36 % de los hogares se golpea a los niños, mientras que en Guyana el 2 % de la población infantil tiene alguna incapacidad o secuela por maltratos. En Cuba, a pesar del trabajo social e institucional realizado por años, aún persisten en el seno familiar formas de expresión del maltrato, que no por ser menos frecuentes y graves, dejan de constituir un problema de salud a tener en cuenta, no solo por las instituciones de salud, sino por todas las instancias relacionadas con el desarrollo de la infancia.⁽⁸⁾

En Colombia, se han realizado diversos esfuerzos por controlar la violencia contra los niños y niñas e incrementar su salud física y psicológica. Para ello, en el 2006, comenzó a regir la nueva Ley de Infancia y Adolescencia expedida y decretada por la Ley 1098 del 2006, en la cual se estructuraron y reformaron los derechos de los niños y las niñas, a partir de la implementación de nuevos artículos que completaban las carencias del código del menor (Decreto 2737 de 1989).⁽⁵¹⁾

6. 8 Causas Multifactoriales del Maltrato Infantil

Según la OMS, en la violencia no existe un factor que explique por sí solo la razón por la cual una persona o una comunidad actúan en forma violenta y en situaciones similares su respuesta

sea pacífica. Consideran que es un fenómeno sumamente complejo en la que actúan factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. ⁽⁵⁾

El maltrato infantil, es un problema multifactorial, del que forman parte crucial factores como:

6. 8. 1 La personalidad o modelo psiquiátrico/psicológico.

Existe una relación entre el abuso/abandono infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún desorden psicológico específico. ⁽⁵²⁾

En la actualidad varios autores admiten que solo entre un 10 y un 15% de los padres abusivos ha sido diagnosticado con un síntoma psiquiátrico específico. Estudios más recientes (II Congreso sobre Maltrato Infantil 1998) indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima y escasa capacidad de empatía. También asocian el maltrato infantil con la depresión, el alcoholismo, la drogadicción y la ansiedad de los padres. ⁽⁵²⁾

6. 8. 2 Razones económicas.

El desempleo que trae consigo que los padres desplacen sus frustraciones con los hijos y los maltraten ya sea física o psicológicamente, predominando en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos, estas

características se encuentran dentro del modelo sociológico mencionado por Cantón y Cortés (1997).⁽⁵²⁾

6. 8. 3 Razones culturales.

Se incluye a las familias donde los responsables de ejercer la custodia de los menores no cuenta con orientación y educación acerca de la responsabilidad y la importancia de la paternidad y consideran que los hijos son objetos de su propiedad. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, permitiendo en muchos casos el castigo físico hacia los menores, sin limitar la intensidad y consecuencias del mismo.⁽⁵²⁾

6. 8. 4 Razones sociales.

Cuando entre los padres se produce una inadecuada comunicación con sus hijos, se da pie a la desintegración familiar.⁽⁵²⁾

6. 8. 5 Razones emocionales.

La incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema motivan que descarguen su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo.⁽⁵²⁾

6. 8. 6 Razones biológicas.

Daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. Por sus mismas limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los relegan o aceptan con lástima. En estas circunstancias, el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues agrede a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna. ⁽⁵²⁾

6.9 Consecuencias del Maltrato Infantil

Las consecuencias del daño en el Sistema Nervioso Central (SNC) producido por golpes recibidos en el primer año de vida y durante los primeros años de vida en general, han sido reportadas varias veces.

Es necesario pensar además en el sinnúmero de defectos perceptuales y conceptuales derivados de daño cerebral que existen en los niños que han sido golpeados, sobre todo durante el primer año de vida cuando el SNC aún está en desarrollo. El aparato psicológico se desarrolla en gran parte durante los primeros 3 años. Para este desarrollo se requiere de la integración del SNC pero se lleva a cabo a expensas de la disponibilidad emocional de la madre y de la calidad de la relación que se establece con ella dependiendo de esta disponibilidad.

Como los trabajos clásicos sobre el niño golpeado señalan, los que han sufrido estas situaciones, acaban por aceptar la imagen que de ellos tienen sus padres, se convencen de que son malos y merecen lo que están recibiendo. Su actitud posterior frente a la sociedad es de desconfianza y

recelo, hostilidad y venganza. Viven probándose a sí mismos que no son aceptados, que son malos y que no se les quiere, y así mismo, justifican su hostilidad hacia los demás.

Entre las consecuencias del maltrato infantil se encuentran problemas de salud física y mental para toda la vida, y efectos sociales y laborales negativos que pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países. Los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (como víctimas o perpetradores); depresión, consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados, consumo indebido de alcohol y drogas. (5)

El objetivo en la niñez adolescencia esta resumido en el decálogo del buen trato ⁽³⁹⁾ que se debe poner en práctica para dirigirse a los niños y niñas.

1. Exprésales todos los días tu amor, con palabras y caricias.
2. Escúchalos siempre con atención y cree en lo que te dicen.
3. Acéptalos como son, no olvides que son menores de edad.
4. Reconóceles sus cualidades, así fortalecerás su autoestima y confianza.
5. Ayúdales a resolver los conflictos mediante el diálogo y facilítales que lleguen a acuerdos de sana convivencia.
6. Dedícales tiempo para la diversión. Juega siempre con ellos.
7. Enséñales con el buen ejemplo.
8. Estimula el aprendizaje valorando sus logros.
9. Conoce, enseña y respeta los derechos de los menores de edad, para garantizar su cumplimiento.

10. Dialoga permanentemente y fortalece en ellos los valores.

11. Un niño o una niña que recibe Buen Trato expresa sus emociones con frases como:

“Soy Feliz porque amo, me siento amado y valorado”.

6.10 Aspectos Demográficos

6. 10. 1 Ubicación de la localidad de Ciudad Bolívar.

La localidad de Ciudad Bolívar está ubicada al sur de la ciudad y limita, al norte, con la localidad de Bosa; al sur con la localidad de Usme; al oriente, con la localidad de Tunjuelito y Usme y al occidente, con el municipio de Soacha.

Ciudad Bolívar tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, de las cuales 3.391 se clasifican como suelo urbano y 9.608 corresponden al suelo rural, que equivale al 73,9 % del total de la superficie de la localidad.

Después de Sumapaz y Usme, Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa, como la tercera localidad con mayor superficie rural y como la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana de Bogotá, Colombia. ⁽⁵³⁾

6. 10. 2 Caracterización geográfica.

Ciudad Bolívar contaba en 2008 con 326 barrios en la zona urbana y con nueve veredas en la parte rural: Quiba Alto, Quiba Bajo, Mochuelo Alto, Mochuelo Bajo, Pasquilla, Pasquillita, Santa Bárbara, Santa Rosa y Las Mercedes.

La zona urbana de la localidad está dividida en tres sectores: Sector A, al que pertenece el barrio Vista Hermosa; Sector B y sector C. ⁽⁵³⁾

6. 10. 3 Estructura de la Población.

La población de Bogotá para 2009 es de 7.259.597 personas y la de Ciudad Bolívar es de 616.455, que representan el 8,5% de los habitantes del Distrito Capital, de acuerdo con las proyecciones de población del Censo General 2005. ⁽⁵³⁾

6. 10. 4 Población según edad y género.

El grupo de edad con mayor representatividad (66%) es el rango de edad menor de 30 años, sobresaliendo la población de 5 a 9 años con una participación aproximada al 13% del total de la población local, seguida en promedios similares por los rangos involucrados de 0 a 14 años.

La composición por género, según la cual las mujeres son el 51% de la población y los hombres el 49%, lo cual constituye una distribución similar al promedio de la ciudad. ⁽⁵⁴⁾

6.10. 5 Aspectos relacionados con el maltrato infantil en la localidad.

Para el 2009, se reportaron 192 casos de abuso sexual en la localidad, 26.3% de los casos fueron en niñas menores de 10 años y 63% en menores de 14 años, en donde el perpetrador casi siempre era algún familiar o alguien cercano. ⁽⁴⁾

7. FICHA SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (SIVIM).

Sistema de vigilancia epidemiológica sistemático y continuo sobre la dimensión y dinámica de ocurrencia de la violencia en el ámbito intrafamiliar, la violencia contra las mujeres y el maltrato hacia niñas y niños, desarrollado para responder a la necesidad de mejorar cada vez más las propuestas, planes y programas que se ofrecen desde los servicios de salud, haciéndolos más pertinentes y eficaces, tanto en el terreno de la atención como en el de la prevención. ⁽⁵⁵⁾

El objetivo fundamental del sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar es aportar información sobre la población atendida por violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres o maltrato a menores, con el propósito de integrar una red de información de entidades centinela, públicas y privadas, para la vigilancia epidemiológica en el Distrito Capital. ⁽⁵⁶⁾

El sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual SIVIM se constituye en la principal fuente de datos en el Distrito Capital sobre dichos eventos. El sistema incluye: el mantenimiento de unidades primarias generadoras del dato, de las unidades informadoras del sistema enunciado, así como el seguimiento de los casos

de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, con énfasis en abuso sexual y casos en riesgo de fatalidad es a su vez el quehacer esencial de para su consolidación. ⁽²⁾

Además del Decreto 3518 de 2006, la vigilancia en salud pública es una

Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en un proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública. ⁽²⁾

La normatividad correspondiente se describe en la tabla siguiente:

Tabla 1: Normatividad de la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública

Tipo de norma	Número y fecha	Entidad que lo generó	Asunto
Ley	294 de 1996	Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud	Normatividad sobre la violencia intrafamiliar.
Ley	575 de febrero 9 de 2000	Ministerio de Justicia	Reforma parcial de la Ley 294 de 1996
Decreto	1562 de 22 de junio de 1984	Ministerio de Salud	Reglamenta parcialmente los títulos VII y IX de la Ley 09 de 1979 en cuanto a la vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad.

Acuerdo	12 del 29 de septiembre de 1998	Consejo de Bogotá	Se adoptan medidas para la atención integral de los menores en abuso y explotación sexual y otras disposiciones.
---------	------------------------------------	-------------------	---

Fuente: Elaboración propia

Basados en estas leyes se propuso utilizar un instrumento que sirviera para recolectar y reportar los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, con lo cuál surge la ficha SIVIM.

Las personas que captan el caso de maltrato infantil (servicio de salud, servicio escolar) diligencian completamente el formato de la ficha SIVIM, luego estas fichas se recopilan y por medio de la trabajadora social (lider de proyecto) se realizan las visitas respectivas si así lo amerita el caso, y se envían a nivel central, para su respectivo análisis.

El diligenciamiento de la ficha SIVIM para cada paciente, se lleva a cabo en el momento en que se reporta el caso de maltrato, en donde pueden existir dos situaciones; primero que se reporte un solo tipo de maltrato o segundo que en ese mismo instante se reporten varios tipos de maltrato. Sin embargo independientemente de cuál sea el caso, se llenará solo una ficha marcando en cada casilla los diferentes tipos de maltrato. Cuando hay varios tipos de maltrato en una niño (a), se considerará que este ha sufrido varios tipos de maltrato independientemente de que se reporte en una sola ficha y en un mismo momento.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos determinar la importancia del adecuado diligenciamiento de la ficha SIVIM para su posterior análisis.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

Para el desarrollo del protocolo se realizó una búsqueda de literatura en las siguientes bases de datos: Pubmed, Mdconsult, Hinari, Bireme, Ebsco; utilizando como términos Mesh:

-“Child Abuse" AND "risk factors"

- Maltrato Infantil

- Abuso infantil

- Factores de riesgo

- Violencia contra la niñez

- Niños maltratados Teorías

- Abuso psicológico del niño

- Violencia familiar

- Abuso sexual de menores

- Derechos del niño

- Abuso sexual de menores

- Abandono de niños

Se encontraron alrededor de 55 artículos en la literatura relacionados con el tema.

Para cumplir el objetivo se revisaron las fichas que estuviesen adecuadamente diligenciadas en formato de registro (SIVIM).

8. 1. Variables del Diseño Metodológico

Se plantea un enfoque metodológico a través de un estudio Observacional Descriptivo de corte transversal y una descripción complementaria de asociaciones con el maltrato infantil.

8. 2 Población Objeto

Niños y niñas menores de 18 años, que hayan sido víctimas de maltrato infantil y que tengan diligenciada adecuadamente la ficha SIVIM en el periodo comprendido de Enero de 2010 a Diciembre de 2010 en la localidad de Ciudad Bolívar.

8. 3 Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Fichas SIVIM adecuadamente diligenciadas.
- Menores de 18 años

Criterios de exclusión:

- Fichas incompletas

8. 4 Tamaño de la Muestra

El universo se compone de 1789 fichas aplicando los criterios de selección de buena calidad de registro, de inclusión y exclusión.

8. 5 Recolección de Datos

Se tomaron para el presente estudio las variables de la ficha SIVIM, para determinar con ello la frecuencia y las diferentes modalidades de maltrato infantil en la población menor de 18 años, esta recolección de datos fue llevada a cabo en la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia.

- Se utilizó la ficha SIVIM para la recolección de la información, con las fichas seleccionadas de casos exclusivos de maltrato infantil.
- Se procedió a digitar los datos obtenidos en las fichas SIVIM seleccionadas (1789), en su totalidad de casos de maltrato infantil, dentro de las cuáles (689) fichas correspondieron a la primera notificación que tuvo cada niño que sufrió algún tipo de maltrato, luego se procedió al respectivo análisis de los resultados.
- Se realizó doble digitación para asegurar la calidad del dato.

8. 5. 1 Análisis de datos.

- El diseño de la base de datos es el correspondiente a Microsoft Excel 2007 y copia en el programa de Epi info de Distribución gratuita

- Para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables categóricas se empleó la descripción de porcentajes y frecuencias.

8. 5. 2 Limitantes.

- No se puede controlar la veracidad de la información suministrada por la ficha SIVIM.
- No se puede extrapolar a otras localidades porque solo es para validez interna con el fin de desarrollar una estrategia local.

9. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al artículo 11 de la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (actualmente Ministerio de la Protección Social) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, son considerados estudios de investigación sin riesgo, los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Por tratarse de un estudio descriptivo observacional de corte transversal, se trata de una investigación sin riesgo.

No se hará publicación de datos que afecten la intimidad o la integridad física o moral de las personas que aparecen en la base de datos.

Se obtuvo el permiso institucional del Hospital de Vista Hermosa para la obtención de los datos de la ficha SIVIM de su archivo general, y se obtuvo el consentimiento de divulgación de datos.

Se tienen en consideración factores éticos, en donde se debe proteger la vida, salud, dignidad, integridad, confidencialidad y privacidad del individuo o sujeto de investigación. ⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾

10. RESULTADOS

Se analizaron 1789 fichas aplicando los criterios de selección de buena calidad de registro, de inclusión y exclusión. Las 1789 fichas analizadas corresponden a casos de maltrato infantil, sin embargo de las 1789 fichas, 689 se reportaron como casos de primera notificación de maltrato infantil por cada víctima. Las otras fichas corresponden a reportes de otros eventos de maltrato en cada niño; vale la pena aclarar que un mismo niño (a) pudo recibir en más de una oportunidad otro tipo de maltrato diferente al notificado la primera vez.

Tabla 2: Caracterización demográfica de Ciudad Bolívar

Variables	N	%
Edad grupos		
1 a 5 años	212	30,7
6 a 10 años	197	28,5
> 10 – 18 años	280	40,6
Sexo		
Masculino	316	45,8
Femenino	373	54,1
Etnia		
Indígena	4	0,6
Afrocolombiano	4	0,6

Ninguno	681	98,8
Estado civil del agresor		
Sin dato	1	0,1
Unión libre	27	3,9
Casado	4	0,6
Viudo	1	0,1
Soltero	655	95
Separado	1	0,1
Grupo poblacional		
Sitio de desplazamiento	11	1,6
Condición de desplazamiento	9	1,3
Menor abandonado	2	0,3
Ninguno	667	96,8
Escolaridad de la víctima		
Sin dato	1	0,1
No aplica	112	16,2
Ninguno	40	5,8
Preescolar	115	16,6
Primaria incompleta	188	27,2
Primaria completa	19	2,7
Secundaria incompleta	192	27,8
Secundaria completa	20	2,9
Técnico postsecundaria	2	0,3
Universitaria completa	0	0,0
Posgrado	0	0,0
Total general	689	100,0

Fuente: Sivim año 2010

La tabla 2 se refiere a los datos obtenidos en la primera notificación de maltrato infantil en donde se aprecia que la edad de mayor frecuencia de presentación de maltrato fue en los niños mayores de 10 años hasta los 18 años, en un 40.6%, seguido de maltrato en la niñez temprana (menores de 5 años) que corresponde a un 30.7%.

En cuanto a distribución por género, no hay diferencia de presentación del maltrato de acuerdo al género, sin embargo, hay una tendencia a encontrarse mayor incidencia en la población femenina. El género femenino tiene un porcentaje mayor de presentación de maltrato, por lo que

se encontró una frecuencia de (54,1%) de mujeres maltratadas frente a un (45,8%) de maltrato en los hombres.

Respecto a su estado civil el 95% de los agresores figuran como solteros.

No hay una caracterización de acuerdo al grupo poblacional.

En cuanto a la escolaridad de las víctimas, el 27.8% de estas pertenecen al grupo de secundaria incompleta, el 27.2% a primaria incompleta, el 16.6% preescolar y el 28% no aplica o se encuentra en los otros niveles de educación.

Tabla 3: Maltrato en menores de 18 años, por individuo, según grupo etario, en Ciudad Bolívar

Edad (años) de primera notificación								
Veces que ocurre el maltrato	1 a 5		6 a 10		> 10 -18		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	16	7,5	22	11,2	37	13,3	75	10,9
2	110	51,4	111	56,6	149	53,4	370	53,7
3	18	8,4	10	5,1	22	7,9	50	7,3
4	62	29,0	48	24,5	61	21,9	171	24,8
5	2	0,9	2	1,0	4	1,4	8	1,2
6	6	2,8	3	1,5	5	1,8	14	2,0
8	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,1
Totales	214	100,0	196	100,0	279	100,0	689	100,0

Fuente: Sistema Sivim de la localidad de Ciudad Bolívar para el año 2010

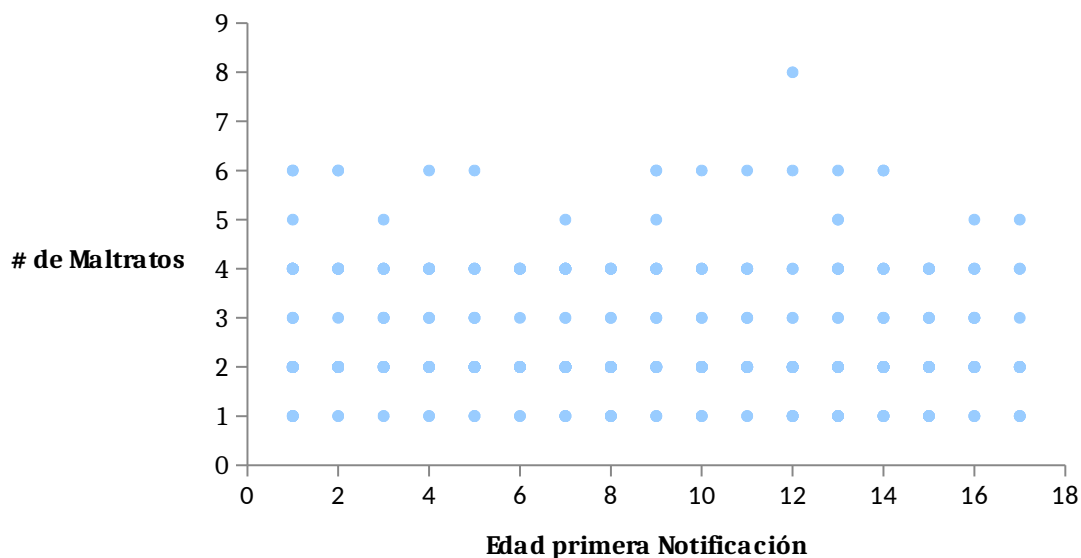
Al llevar a cabo el análisis de la Tabla 3, se observa que en todos los grupos etarios se presenta con mayor frecuencia una reincidencia de un segundo caso de maltrato, pese a contar con una previa notificación al sistema SIVIM encontrando en menor proporción, pero en orden de frecuencia, reincidencia de este evento en 4 nuevos episodios en un mismo individuo.

El número de maltratos en el grupo de edad de 1 a 5 años es de 214 que corresponde al (31.06%) , para el grupo de los 6 a 10 años es de 196 con un (28.45%) y para el mayor de 10 años comprendido hasta los 18 años es de 279 para un (40.50%).

El mayor número de maltratos suceden en el grupo mayor de 10 años hasta los 18 años, seguido del grupo de 1 a 5 años y por ultimo el de 6 a 10 años de edad.

53.7% de la población recibió 2 maltratos, el 24.8% recibió 4 maltratos, el 10.9% 1 maltrato, 7.3% recibió 3 maltratos y el restante se reparten 3.3%

Figura 1. Numero de maltratos por edad de primera notificación según ficha SIVIM.



Fuente: Sivim

Coefficiente de Spearman = 0.0796

Totales	210	100	689	100	184	100	51	100	550	100		
----------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-----------	------------	------------	------------	--	--

Fuente: SIVIM

En la tabla 5 se aprecia sobre:

1. El maltrato físico:
 - Se identificaron 172 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 81.9% y 35 personas tuvieron 2 notificaciones, correspondiendo al 16.7%.
2. El maltrato emocional:
 - Se identificaron 370 personas quienes tuvieron 2 notificaciones, correspondiendo al 53.7% y 171 personas que tuvieron 4 notificaciones, correspondiendo al 24.8%.
3. El maltrato sexual:
 - Se identificaron 164 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 89.1% y 20 personas que tuvieron 2 notificaciones, correspondiendo al 10.9%.
4. El maltrato económico:
 - Se identificaron 49 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 96.1%.
5. El maltrato por descuido:
 - Se identificaron 268 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 48.7% y 201 personas que tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 36.1%.
6. El maltrato por abandono:
7. Se identificaron 134 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 85.9% y 20 personas tuvieron 2 notificaciones correspondiendo al 12.8%

Tabla 6: Notificaciones mensuales de maltrato infantil en Ciudad Bolívar

Mes	Número de notificaciones de maltrato infantil
Enero	105

Febrero	136
Marzo	158
Abril	142
Mayo	156
Junio	158
Julio	140
Agosto	158
Septiembre	177
Octubre	146
Noviembre	166
Diciembre	147
Total general	1.789

Fuente: Sistema Sivim de la localidad de Ciudad Bolívar para el año 2010

Como se muestra en la tabla 6, el mayor número de notificaciones se presenta en el mes de septiembre, seguido del mes de noviembre mientras que el menor número de notificaciones ocurre en el mes de enero seguido del mes de febrero.

11. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue establecer la frecuencia y las diferentes modalidades del maltrato infantil en niños menores de 18 años, en la localidad de Ciudad Bolívar en el período comprendido entre Enero de 2010 y Diciembre del mismo año.

Para lograr recolectar la información para su respectivo análisis, aplicamos la Ficha SIVIM la cuál es una herramienta utilizada para poder agrupar, objetivar y hacer seguimiento a las personas más vulnerables que son víctimas del maltrato intrafamiliar e infantil.

De las 1789 fichas analizadas correspondientes en su totalidad a casos de Maltrato infantil, se encontraron 689 casos de niños maltratados y el resto de las fichas correspondían a casos

repetidos de maltrato en un mismo niño, lo que agrava la salud mental y física de estas víctimas con las consecuentes secuelas e imposibilidad de recibir un tratamiento integral que les permita llegar a ser adultos normales. (Herrera J. Universidad del Valle, Ministerio de la Protección Social, Unicef 1997)

En el presente estudio se encontró una mayor concentración de casos maltrato en el grupo etario de niños mayores de 10 años, lo cual difiere de los hallazgos encontrados en estudios previos en los que se encontró que el grupo de mayor riesgo es el de los menores de 3 a 5 años (Robaina, Suárez G. Larraín S; Bascuñán C.). De igual manera en el estudio de Roté, Rubio, Ponsa, y González sobre el maltrato infantil (6), afirman que el maltrato sucede en niños y en niñas en edad preescolar, predominantemente.

Con respecto a la escolaridad de las víctimas un alto porcentaje se encontraba cursando primaria o secundaria, lo que se encuentra acorde con la mayor frecuencia de casos en niños mayores de 10 años, como se explicó anteriormente, sin embargo, difiere de lo encontrado en la literatura en la que se evidencia una mayor proporción de casos en los niños de 3 a 5 años, quienes aún no se encuentran cursando escolaridad, como lo describe Larraín y Bascuñán en 2006.

De acuerdo con Martín (1981) el maltrato impide la capacidad del niño para aprender y comprender, y aunque en el presente estudio se encontró que el 27.9% tienen la secundaria incompleta, el 27.3% la primaria incompleta y el 16.4% preescolar no se sabe si en estos grupos existe una incidencia en el bajo rendimiento escolar.

En cuanto a distribución por género, no hay diferencia de presentación del maltrato de acuerdo al género, sin embargo, hay una tendencia a encontrarse mayor incidencia en la población femenina. El género femenino tiene un porcentaje mayor de presentación de maltrato, por lo que

en el estudio se encontró una frecuencia de 375 (54,3%) frente a un 45,7% de maltrato en los hombres.

En el estudio de Robaina, Suárez G. Larraín S; Bascuñán C. (2006) se encontró que en un total de 71 niños, la distribución por sexos fue de 33 casos (46%) para el masculino y de 38 casos (54%) para el femenino. Mientras algunos autores como Vissing, Straus, Gelles y Harrop (1991) encontraron que ser varón incrementaba la probabilidad de recibir maltrato psicológico.

En cuanto al maltrato sexual en el presente estudio se encontraron 164 (89.1%) personas que recibieron este tipo de maltrato, lo que es superior a lo encontrado en el estudio de Rotes y colaboradores (2009), en el que se afirma que el 35% de los sujetos de el estudio recibió este tipo de maltrato.

En cuanto al maltrato económico y al de descuido el hecho que se denuncie posiblemente se debe a que son mucho más evidentes que otros tipos de maltrato y por ser más visibles tanto las personas que los rodean (tales como vecinos, familiares) como las autoridades pueden conocerlas y hacerlas públicas.

En cuanto al maltrato emocional que es el más denunciado, podría deberse probablemente, a que los niños mayores de 10 años ya tienen la capacidad de verbalizar sus emociones, cierta libertad para tomar decisiones sobre su bienestar, tener conciencia de lo que está bien o está mal, en tanto, que los más pequeños no tienen esta capacidad.

Por otra parte, según Mash y Wolf (2005) los chicos y las chicas difieren en la forma en que procesan y expresan las continuas contradicciones emocionales a las que se ven expuestos. Las

niñas maltratadas tienden a mostrar más signos de malestar interno (vergüenza y culpa) y los niños son más agresivos física y verbalmente.

En el presente estudio en lo que concierne al maltrato emocional se documentaron casos asociados a otro tipo de maltrato y otros casos independientes. En el 100% de los casos analizados se encontró maltrato emocional. Esto podría explicarse probablemente a un inadecuado diligenciamiento de la ficha SIVIM y por otra parte se le puede estar dando un valor sobre agregado al maltrato emocional o no hay claridad en los conceptos para clasificar este tipo de maltrato.

Los casos independientes de maltrato emocional encontrados fueron un 10.9% lo cuál no difiere significativamente de lo reportado en la literatura, si comparamos estos datos con los obtenidos por el Ministerio de Salud y la Guía de Atención al Menor Maltratado, Resolución 412 del 2000, en donde se encontró que el 9,7% de niños son maltratados emocionalmente sin otro tipo de maltrato asociado. Consideramos que como consecuencia del maltrato emocional surgen dificultades en el aprendizaje, trastornos psicológicos, baja autoestima, escape escolar, estrés, problemas de conducta, todos los cuales llevan a una inadaptación social a quien la sufre, según lo afirma Larraín (39).

Lo anterior muestra cierta relevancia, si tomamos en cuenta que según la OMS los problemas mentales en los adultos y el estrés generan como consecuencia el maltrato infantil y trastornos en el desarrollo cerebral del maltratado perdurando a través de toda la vida y generando dificultades en el trabajo en la edad adulta y en el funcionamiento de la sociedad en general. ⁽⁵⁾

En el estudio realizado por Lourdes Zelaya de Migliorisi y colaboradores ⁽⁶⁰⁾ sobre maltrato infantil, en las 1356 fichas revisadas encontraron que el 26.8% de pacientes consultaron por síntomas depresivos (60.5%), por intentos de suicidio en un 8% y trastornos en el comportamiento en 7.7%.

Es importante resaltar que muchas veces un mismo niño es maltratado en diferentes oportunidades, por tanto el tipo de maltrato puede encontrarse más de una vez, como se puede evidenciar en la tabla 5, en donde se resume la frecuencia de maltrato repetido y tipo de maltrato; nuevamente se pone en evidencia que el maltrato emocional se repite con mayor frecuencia, incluso 4 veces o más (45.5%). En el ya referido estudio de Zelaya y colaboradores, encontraron que de 1356 casos, 207 casos fueron maltrato psicológico o emocional que corresponden al 14.7%. ⁽⁶⁰⁾

El maltrato ocurre por la incapacidad de los padres o cuidadores para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema, las cuales motivan a que descarguen su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo, llevándolos a deprimirse, a escapar de la escuela, a retraerse, a tornarse violentos o a huir de su casa o volverse abusador con otros niños. ⁽⁵²⁾

Por otro lado, respecto al abuso sexual, el mayor problema es el de la baja comunicación entre los miembros de la familia, por razones de trabajo y de orden sociocultural. Esto impide que los adultos no agresores perciban las señales del abuso o que pasen desapercibidas, tales como el cambio de conducta en la víctima, la tristeza, el miedo, la agresividad física, sin que se llegue a

entender la causa de esos síntomas. En la investigación realizada en Paraguay, el abuso sexual correspondió a un 18,3%, mientras que en el presente estudio el resultado arroja el 89.1% para una primera notificación, lo cuál es alarmante y aún más preocupante, son los casos de reincidencia, en la segunda notificación, en la que alcanza a un 10.9% asociado a otro tipo de maltrato.

El maltrato por negligencia o abandono fue el tipo de maltrato más frecuente (53%), similar a lo referido en el estudio paraguayo (51%). En el Estudio Del Maltrato Infantil en la Familia, de España, dirigido por José Sanmartín Esplugues en 2011, (62) se encontró que los maltratos, sean crónicos o esporádicos, pueden perturbar el proceso de formación de los vínculos de apego e interferir en la capacidad del niño de regular sus emociones. Así, el menor puede acabar desarrollando un apego inseguro. Este apego inseguro se caracteriza, entre otros, por los siguientes aspectos: escasa exploración del entorno, intensa o nula reacción de angustia por la separación y respuesta ambivalente por el reencuentro (o bien buscan proximidad con su madre, o muestran una clara oposición hacia ella). De ahí que los niños maltratados sean más propensos a presentar problemas para relacionarse no sólo con sus cuidadores, sino también con su entorno social (escuela, grupo de amigos, etc.).

En resumen, existe un problema de maltrato infantil en la localidad de Ciudad Bolívar, a pesar de los esfuerzos que se han realizado en Colombia a través de la nueva Ley de la Infancia y Adolescencia expedida y decretada por la Ley 1098 de 2006, en la cual se estructuraron y reformaron los Derechos de los Niños, a partir de la implementación de nuevos artículos que complementaban las carencias del Código del Menor (Decreto 2737 de 1989).⁽⁵¹⁾

Es llamativa la recurrencia de situaciones de maltrato hasta en 5 ocasiones en un periodo de tiempo corto, a pesar de las medidas que se deben tomar en la localidad para el seguimiento de víctimas de violencia intrafamiliar.

Por ser un problema que atañe a la Pediatría, consideramos debe ser objeto de programas de prevención, y con base en los resultados mostrados, es importante que se continúe este trabajo investigativo enfocado especialmente a implementar estrategias preventivas para la población escolar y adolescente.

12. CONCLUSIONES

En el presente estudio se evidencia que el maltrato infantil en la localidad de Ciudad Bolívar es altamente significativo dado el número de notificaciones presentadas en el tiempo de cobertura del estudio de enero a diciembre del 2010.

1. En cuanto a la caracterización demográfica se concluye que:

- En el grupo de mayores de 10 años hay el más alto número de notificaciones de maltrato por primera vez; para todos los grupos etarios hay un porcentaje alto de dos o más notificaciones de maltrato.
- Hay una distribución por género similar, con ligero predominio del femenino, que se puede atribuir a que existe según el censo del 2009 mayor población femenina que masculina en esta localidad.

- El 94.9% de las veces el agresor era soltero.
- La escolaridad de las víctimas en donde más se concentra es en la secundaria (27.9%), que concuerda según lo encontrado en la literatura por grupo de edad que corresponde a la secundaria.

2. En cuanto al número de maltratos se concluye que:

- Más de la mitad de los reportes tuvieron dos tipos de maltrato (53.7% del total).
- No existe relación entre la edad de la primera notificación y el número de maltratos (coeficiente de correlación de Spearman 0.0796).

3. En cuanto al tipo de maltrato infantil, de las notificaciones el 100% fueron de tipo emocional, 53% fueron por descuido, 14.1% por maltrato físico, los de tipo sexual económico y abandono tienen un porcentaje inferior a 11.6%.

4. En cuanto al tipo de maltrato y número de notificaciones se concluye que:

- En el maltrato físico: Se identificaron 172 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 81.9% y 35 personas tuvieron 2 notificaciones, correspondiendo al 16.7%.
- En el maltrato emocional: Se identificaron 370 personas quienes tuvieron 2 notificaciones, correspondiendo al 53.7% y 171 personas que tuvieron 4 notificaciones, correspondiendo al 24.8%.

-En el maltrato sexual: Se identificaron 164 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 89.1% y 20 personas que tuvieron 2 notificaciones, correspondiendo al 10.9%.

- En el maltrato económico: Se identificaron 49 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 96.1%.

- En el maltrato por descuido: Se identificaron 268 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 48.7% y 201 personas que tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 36.1%.

- En el maltrato por abandono: Se identificaron 134 personas quienes tuvieron 1 notificación, correspondiendo al 85.9% y 20 personas tuvieron 2 notificaciones correspondiendo al 12.8%.

5. Con respecto al mes de presentación: El mayor número de maltratos ocurre en el mes de septiembre y el menor número se presenta en el mes de enero.

13. RECOMENDACIONES

1. Dados los hallazgos anteriormente mencionados, encontramos que a pesar de los esfuerzos realizados existen falencias en el proceso de seguimiento de los casos de Maltrato en esta localidad, lo se corrobora en la recurrencia de los mismos, por lo que nos parece de suma importancia indagar e investigar mas a fondo el factor que predispone a que esto este sucediendo, dejando la puerta abierta para realizar futuras investigaciones con base en los resultados obtenidos.

2. Sugerimos como medidas de prevención y planteamiento de políticas para la localidad acerca del maltrato infantil, desde la perspectiva del personal de salud:

- La sensibilización social y profesional sobre los problemas de los malos tratos a la infancia.
- Capacitar y asesorar a los profesionales de salud que inciden en esta población, acerca del adecuado diligenciamiento de la ficha SIVIM para obtener registros de buena calidad de

información para que se pueda realizar un adecuado análisis y seguimiento de los casos reportados.

- Crear una red asociaciones o entidades sociales y promocionar programas de defensa de la infancia.

3. Desde el punto de vista de intervención familiar en esta localidad, podría plantearse:

- Mejorar la capacidad de la familia para enfrentar las distintas etapas del ciclo vital, especialmente las que involucran la crianza y la socialización.
- Mejorar la calidad de las relaciones familiares, tanto entre sus miembros, como de éstos con su entorno.
- Disminuir los factores ambientales que contribuyan a aumentar el estrés familiar.
- Reforzar los sistemas de apoyo social.
- Tratar patología asociada, especialmente la psiquiátrica de los padres. ⁽⁶¹⁾

14. BIBLIOGRAFIA

1. Corsi, J. La compleja relación violencia de género. En: *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós. ISBN 9501231402.1999.
2. UNICEF (2006). Convención sobre los derechos del niño. Disponible en: www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf, a octubre 2012.
3. Hospital de Vista Hermosa. Informe del Análisis de metas distritales y situación de salud mental y reproductiva en Ciudad Bolívar del 2011. Bogotá, DC.
4. Hospital de Vista Hermosa E.SE. Avance de Análisis de Situación en Salud de Ciudad Bolívar, 2011. Bogotá, DC.
5. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. *Maltrato Infantil*. Nota Descriptiva

Número 150, Agosto 2010, disponible en

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>, a octubre 2012.

6. Robaina Suárez G. El Maltrato Infantil. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001; 17(1). Scielo.sld.cu
7. Sotomayor T, HA. Una reflexión histórico – antropológica sobre el maltrato infantil en Colombia de las sociedades prehispanicas a la actual. Pediatría 2003, 38; (1). Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pedi38103-contenido.htm>, a octubre 2012.
8. Butchart, A; Phinney Harvey, A; Mian, M; Fürniss, T; Kahane, T. Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer y cómo obtener evidencias. Naturaleza y Consecuencias del Maltrato Infantil. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2009.
9. Revista Nosotros No. 5. Violencia y Maltrato. Publicación Técnica del INAME. Época 1 Montevideo: INAME-Escuela de Funcionarios, 1996; p. 6-8.
10. Instituto interamericano del niño, niñas y adolescentes. Cronología de algunos hechos que llevaron a la Convención de los Derechos del niño en el siglo XX. Disponible en http://www.iin.oas.org/2004/Convencion_Derechos_Nino/Breve_historia.htm , a octubre 2012.
11. Declaración de Ginebra. Adoptada por la V Asamblea de la Sociedad de Naciones Unidas, 1924. 24 Septiembre. disponible en: <http://derechosdelniño.com/declaracion-de-ginebra.html>, a octubre 2012.
12. Rojas F, Jorge. Los derechos del niño en Chile: una aproximación histórica, 1910-1930. Historia (Santiago) 2007; 40(1):129-164.
13. Jiménez J. Los Derechos de los Niños. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, 2001; p.7
14. Cronología de algunos hechos que llevaron a la Convención de los Derechos del niño en el siglo XX. Disponible en http://www.iin.oas.org/2004/Convencion_Derechos_Nino/Breve_historia.htm. a octubre

- 2012.
15. Salado Osuna Ana. Textos Básicos de las Naciones Unidas. Relativos a los Derechos Humanos y Estudio Preliminar. Universidad de Sevilla, No. 72. Segunda Edición. 2004.
16. Verhellen Eugene. La Convención sobre los Derechos del Niño: Transfondo, motivos, estrategias, temas principales. Ediciones Garant, 2000.
17. Triana de R. B.I. Derechos y Deberes de los Niños. Sociedad de San Pablo, Bogotá, 2002.
18. Bellamy, C. Estado mundial de la Infancia 2002. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/sowc/archive/SPANISH/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202002.pdf>, a octubre de 2012.
19. Guía de la infancia, Convención sobre los Derechos del Niño, 2007. Disponible en:
<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/> , a octubre 2012.
20. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer y cómo obtener evidencias. Naturaleza y Consecuencias del Maltrato Infantil, capítulo 1. 2009; p. 7.
21. Forjuo, S; Zwi, A. Violencia en niños y adolescentes. Clín Ped de N, 1998;2: 399-410. McGraw-Hill Interamericana.
22. Fontana, V. En Defensa del Niño Maltratado. Editorial Pax México. 1979.
23. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 2002. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf a octubre 2012.
24. Comité de Derechos Humanos, sesión No. 80. 2004; Marzo. Disponible en
<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/> a octubre 2012.
25. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2006. Datos para la vida, Bogotá, 2007.
26. Fino E, Cuevas L. Mortalidad relacionada con el embarazo. Colombia, 1985-2005, Tesis

- de especialización, Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.
27. Herrera J. Universidad del Valle, Ministerio de La Protección Social, Unicef, FNUAP. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. 1997.
28. Djeddah C, Faccin P, Ranzato C, & Romer C. Child Abuse: current problems and key public health challenges. *Social Science & Medicine*, 51. 2000; p. 905-915.
29. Connelly D & Straus M. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Neglect* 16. 1992; p. 709-718.
30. Wolfner G & Gelles R. A Profile of violence toward Children: A National Study. *Child Abuse & Neglect*, 17. 1993; p. 197-212.
31. Kotch J, Browne D, Ringwalt C, Stewart P, Ruina L, Holt k. Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse & Neglect*, 19. 1995; p. 1115-1130.
32. Chaffin M, Kelleher K, & Hollenberg J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20, 191-203.
33. Sedlak A. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma* 1, 1997; p. 149-187.
34. McGuigan W, Vuchinich S, & Pratt C. Domestic violence, parents' view of their infant, and risk for child abuse. *Journal of Family Psychology* 14, 2000; p. 613-624.
35. Lesnik Oberstein M, Koers A, & Cohen L. Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. *Child Abuse & Neglect* 19, 1995; p. 33-49.
36. Black D, Heyman R. Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior* 6, 2001; p. 121-188.
37. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 18, 1994; p. 409-417.
38. Berliner L, & Elliott D. Sexual abuse of children. En J Briere, L Berliner, J Bulkley, C Jenny & T Reid. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 1996; p. 51-71.

39. Larraín, S; Bascuñán, C. maltrato Infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo 1994-2000- 2006. Rev. Chil Pediatr 2008; 79 Supl (1): 64-79.
40. De Paul J. Maltrato y Abandono Infantil. Identificación de factores de riesgo. Bilbao, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.
41. Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Niñez. AIEPI. Organización Panamericana de la Salud, 2010. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf> a octubre de 2012.
42. Crece en forma alarmante el maltrato infantil en Bogotá. Reporte del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar, 2010. Disponible en <http://www.radiosantafe.com/2011/08/30/crece-en-forma-alarmante-el-maltrato-infantil-en-bogota/>, a octubre 2012.
43. Constitución Política de Colombia, 1991. disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/col91.html>, a octubre 2012.
44. Política pública Nacional de primera infancia 2007. Documento Conpes Social. Ministerio de la protección social, Bogotá diciembre de 2007. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_conpes109.pdf. a octubre de 2012.
45. Barudy J. Maltrato Infantil. Ecología social: Prevención y reparación. Chile Editorial Galdoc, 2001.
46. Pinheiro S. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. UNICEF – OMS, 2006. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/violence.study/es/index.html>, a octubre 2012.
47. Ministerio de salud. Guía de Atención del Menor Maltratado, Resolución 412 del 2000. Disponible en: www.pos.gov.co/Documents/Archivos a octubre de 2012.
48. Carreño P. Violencia Intrafamiliar. Niños, Niñas, Adolescentes y Mujeres las Víctimas de la Violencia Intrafamiliar. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009; p .121- 129.

49. La Niñez Colombiana en Cifras, UNICEF. 2002. disponible en:
<http://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>, a octubre de 2012.
50. Asamblea General de la Nación resolución 44/25. Convención sobre los Derechos del Niño, 1989. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>., a octubre 2012.
51. Valenzuela D. Cómo se ve el maltrato en Colombia. Maltrato Infantil en Niñas, 2010; p. 147.
52. Cantón, J; Cortez, M. guía para la evaluación del abuso Sexual Infantil. Ed. Pirámide Madrid. 2000.
53. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la Localidad de Ciudad Bolívar. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos, 2009. Bogotá, DC.
54. Localidad Ciudad Bolívar, 2011. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Ciudad_Bol, a octubre 2012.
55. Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar. Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/Protocolos/Protocolos%20Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%BAblica/violencia%20intrafamiliar.pdf> a octubre de 2012-
56. Ministerio de Salud. Vida, Salud y Paz. El sector salud frente a la violencia en Colombia. Política y líneas de acción. Bogotá, 1997.
57. Secretaria Distrital de Salud. Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. Guía operativa, Bogotá; 2011.
58. Resolución número 8430, 1993, Octubre 4. Disponible en:
http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf, a octubre 2012.
59. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, 2008 Octubre. Disponible en
<http://www.wma.net/es/10home/index.html>, a octubre 2012.
60. Zelaya de Migliorisi, L; González, E; Piris de Almirón, L. Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico. *Pediatr. (Asunción)*, 2009; 36 (3):190-194.

- 61.** Comité de Maltrato Infantil. El Maltrato infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el Maltrato infantil, ¿ Qué hacer?. Sociedad Chilena de Pediatría, 2007; 78 (supl 1): 85-95.
- 62.** Splugues, J. Maltrato Infantil en la Familia en España. Informe Centro Reina Sofía 2011. Disponible en <http://gsia.blogspot.com/2012/02/maltrato-infantil-en-la-familia-en.html>, a noviembre 2012.

ANEXO 1 FICHA SIVIM

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR-MALTRATO INFANTIL Y DELITOS SEXUALES
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
I. IDENTIFICACION DEL AFECTADO

INSTITUCION 106 **LINEA** 106

Nombre _____

FECHA DE LA ATENCION INICIAL:
 FECHA NOTIFICACION:
 FECHA DIGITACION:

Primer Apellido _____ **Segundo Apellido** _____
Primer Nombre _____ **Segundo Nombre** _____

DOCUMENTO IDENTIDAD _____ **Tipo Documento** CC CE PA TI RC UN MS AS CN

SEXO M F **FECHA DE NACIMIENTO**

OCCUPACION _____ (Consultar Código)

ESCOLARIDAD (Elegir una opción) 1 NO APLICA <input type="checkbox"/> 2 NINGUNO <input type="checkbox"/> 3 PREESCOLAR <input type="checkbox"/> 4 PRIMARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 5 PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 6 SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 7 SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 8 TECNICO POST-SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 9 UNIVERSIDAD INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 10 UNIVERSIDAD COMPLETA <input type="checkbox"/> 11 POSTGRADO <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL 1 UNION LIBRE <input type="checkbox"/> 2 CASADO(A) <input type="checkbox"/> 3 VIUDO(A) <input type="checkbox"/> 4 SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> 5 SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>	GRUPO POBLACIONAL 1 SITUACION DE DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> 2 CONDICION DE DESPLAZAMIENTO <input type="checkbox"/> 3 MENOR ABANDONADO <input type="checkbox"/> 4 REINTEGRADO <input type="checkbox"/> 5 HABITANTE DE LA CALLE <input type="checkbox"/> 6 NINGUNO <input type="checkbox"/> ETNIA 1 INDIGENA <input type="checkbox"/> 2 AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/> 3 ROMIGITANO <input type="checkbox"/> 4 NINGUNO <input type="checkbox"/>	TIPO DE USUARIO 1 CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> 2 SUBSIDIADO <input type="checkbox"/> 3 VINCULADO <input type="checkbox"/> 4 PARTICULAR <input type="checkbox"/> 5 OTRO <input type="checkbox"/> 6 MEDICINA PREPAGADA <input type="checkbox"/> 7 REGIMEN ESPECIAL <input type="checkbox"/> 8 SIN DATO <input type="checkbox"/> ENTIDAD ADMINISTRADORA (Consultar Código) _____	TIPO DE AFILIADO C COTIZANTE <input type="checkbox"/> B BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> A ADICIONAL <input type="checkbox"/> F CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> O OTRO MIEMBRO <input type="checkbox"/> S ASEGURADO <input type="checkbox"/> NIVEL DE SISBEN 1 NIVEL I <input type="checkbox"/> 2 NIVEL II <input type="checkbox"/> 3 NIVEL III <input type="checkbox"/> 4 NIVEL IV <input type="checkbox"/> N NO APLICA <input type="checkbox"/> ATENCIÓN POR: 1 CONSULTA DIRECTA <input type="checkbox"/> 2 CONSULTA INDIRECTA <input type="checkbox"/> 3 REMISION <input type="checkbox"/> 4 BUSQUEDA <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____
BARRIO: _____ **ZONA:** 1 Urbana 2 Rural

CONFORMACION FAMILIAR (Personas con quien (es) vive)
 1 SOLA 3 MADRE 5 MADRASTRA 7 PAREJA 9 ABUELOS (AS)
 2 PADRE 4 PADRASTRO 6 HERMANOS (AS) 8 HIJOS (AS) 10 OTROS

SITUACIONES ESPECIALES
 MUJER GESTANTE PERSONA DISCAPACITADA

II. SITUACION DE VIOLENCIA

LUGAR OCURRENCIA	FISICA		EMOCIONAL		SEXUAL		ECONOMICA		NEGLIGENCIA		ABANDONO	
	X	N	X	N	S	N	S	N	S	N	S	N
¿OCURRIO ANTES?												
Primer Agresor	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:
Segundo Agresor	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:	SEXO: M F	EDAD:

CODIGOS

LUGAR DE OCURRENCIA 1 Hoger 2 Vía pública 3 Establecimiento público 4 Sitio de trabajo 5 Sitio de estudio 6 Otro	RELACION 1 Padre 2 Madre 3 Padrastro 4 Hermano (a) 5 Pareja 6 Hijo(a) 7 Madrastra 8 Abuelo(a) 9 Otro Familiar 10 Conocido 11 Desconocido
---	--

III. ATENCION Y MANEJO INICIAL

1 HEMATOMAS O MORETONES 2 DOLORS CORPORALES 3 FRACTURAS 4 TRISTEZA O LLANTO 5 ANGUSTIA O NERVIOSISMO 6 PROBLEMAS PARA DORMIR 7 OTROS	1 ATENCION MEDICA 2 ASESORIA PSICOLOGICA 3 ASESORIA LEGAL 4 PROTECCION 5 ORIENTACION 6 REMISION 7 OTRA
--	--

SEGUIMIENTO DEL CASO

Nota: diligencie este aparte solamente si la institucion realiza actividades de seguimiento de casos

¿En donde se detectó el caso? <input type="checkbox"/> 1 CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> 2 URGENCIAS <input type="checkbox"/> 3 LINEA 106 <input type="checkbox"/> 4 ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO <input type="checkbox"/> 5 REPORTE COMUNITARIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO Valoración del riesgo vital <input type="checkbox"/> 1 ALTO <input type="checkbox"/> 2 MEDIO <input type="checkbox"/> 3 BAJO <input type="checkbox"/> 4 NINGUNO Tipo de caso <input type="checkbox"/> 1 PRIORITARIO <input type="checkbox"/> 2 DE CONTROL Fecha Inicio seguimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Se programó visita domiciliaria? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Se realizó visita domiciliaria? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Se realizó remisión inicial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Donde <input type="checkbox"/> 1 CENTRO ZONAL ICBF <input type="checkbox"/> 2 COMISARIA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> 3 UNIDAD DE DELITOS SEXUALES <input type="checkbox"/> 4 CURN <input type="checkbox"/> 5 MEDICINA LEGAL <input type="checkbox"/> 6 PAQUETE SALUD MENTAL E.S.E <input type="checkbox"/> 7 OTRA INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/> 8 OTRO	Actividad de seguimiento <input type="checkbox"/> 1 SEGUIMIENTO TELEFONICO <input type="checkbox"/> 2 VISITA DOMICILIARIA <input type="checkbox"/> 3 MONITOREO A LA ENTIDAD (ES) PARA GARANTIZAR LA ATENCION INTEGRAL Caso cerrado en <input type="checkbox"/> 1 CUMPLIMIENTO EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD <input type="checkbox"/> 2 INICIO DE JUDICIALIZACION <input type="checkbox"/> 3 ATENCION INTEGRAL EN CURSO <input type="checkbox"/> 4 CUMPLIMIENTO EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD E INICIO DE JUDICIALIZACION <input type="checkbox"/> 5 ATENCION INTEGRAL EN CURSO E INICIO DE JUDICIALIZACION Fecha de cierre del caso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Debe ser actualizado mensualmente</small>
--	--	--

Observaciones _____

Nota: este formato de captura debe reposar en los archivos de las Empresas Sociales del Estado y pueden ser exigidos por las autoridades competentes en los casos pertinentes.