

**BARRERAS PARA LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL
MALTRATO INFANTIL EN LA CONSULTA DE CRECIMIENTO
Y DESARROLLO, EN UNA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
DE UNA SUBRED DE BOGOTÁ, EN LOS MESES DE AGOSTO-
SEPTIEMBRE DE 2016**

JESSICA FERNANDA GÓMEZ JIMÉNEZ

**Universidad El Bosque
Facultad de enfermería.
Maestría en Salud Mental Comunitaria
Enero de 2017**

**BARRERAS PARA LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL
MALTRATO INFANTIL EN LA CONSULTA DE CRECIMIENTO
Y DESARROLLO, EN UNA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
DE UNA SUBRED DE BOGOTÁ, EN LOS MESES DE AGOSTO-
SEPTIEMBRE DE 2016**

JESSICA FERNANDA GÓMEZ JIMÉNEZ

Trabajo final presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Salud Mental Comunitaria

Asesor Metodológico:
Gloria Lucía Arango Bayer

Asesor Temático
Isabel Cuadros Ferré

**Universidad El Bosque
Facultad de enfermería.
Maestría en Salud Mental Comunitaria
Enero de 2017**

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su compañía, apoyo y fortaleza incondicional.

A mi esposo Alejandro que me enseña que el amor es también sacrificarse y acompañar al otro en la búsqueda de sus sueños.

A mis Padres María Helena y Rosendo quienes me inculcaron siempre el amor al saber.

A la profesora Gloria Arango, por sus enseñanzas, su generosidad y su afán por hacer siempre lo mejor.

A la Psiquiatra Isabel Cuadros por su incansable trabajo por los niños maltratados y ser fuente de inspiración.

A la Universidad El Bosque y a sus docentes quienes hicieron posible este proceso de aprendizaje.

DEDICATORIA

*Todos mis esfuerzos son una ofrenda para **Dios**, creador de mi vida, inspiración y artífice de esta aventura que comienza. A ti que no te has cansado de amarme con ternura y misericordia infinita.*

A todos los niños del mundo que sufren el injusto flagelo del maltrato y cuyos gritos de dolor son desconocidos, ignorados y/o normalizados, a ellos mi amor, trabajo y esfuerzo.

CONTENIDO

LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE TABLAS	11
RESUMEN	12
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.2. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	23
1.5.1. Maltrato Infantil:.....	23
1.5.2. De Cero a Siempre	23
1.5.3. Primera Infancia:.....	23
1.5.4. Fuente Notificadora:	24
1.5.5. Detección Temprana:	24
1.5.6. Crecimiento:	24
1.5.7. Desarrollo:	24
1.5.8. Notificación:.....	24
1.5.9. Detección:.....	24
1.6. ANTECEDENTES.....	25
1.6.1. Profesionales de la salud y violencia sexual infantil	26
1.6.2. Literatura sobre la práctica de enfermería en la detección del maltrato infantil	27
1.6.3. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en relación con el maltrato infantil	27
1.6.4. Detección y notificación del maltrato Infantil por parte de los profesionales de la salud	28
1.7. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITOS.....	30

1.8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
1.8.1. OBJETIVO GENERAL.....	31
1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
2. MARCO TEÓRICO.....	32
2.1. El maltrato infantil	32
2.1.1. Maltrato físico.....	33
2.1.2. Maltrato psicológico:	33
2.1.3. Abandono, negligencia o descuido:	33
2.1.4. Abuso sexual:.....	33
2.2. Consecuencias del maltrato infantil.....	34
2.3. Modelo explicativo del maltrato infantil.....	36
2.4. Detección y notificación del maltrato infantil	40
2.4.1. Indicadores del maltrato infantil potencial o activo	40
2.4.2. Acciones para la detección del maltrato infantil	43
2.4.3. Barreras en la Detección del Maltrato	44
2.4.4. Notificación del Maltrato Infantil.....	45
2.4.5. Atención: ruta interna de atención en casos de violencia contra niños niñas y adolescentes	46
2.4.6. Responsabilidad y barreras del personal de salud frente a la detección y notificación del maltrato infantil.....	46
2.5 clasificación de barreras para la detección y notificación del maltrato infantil según la literatura.....	47
2.5.1. Clasificación de Barreras para la detección y notificación del maltrato infantil en la investigación	50
3. MARCO LEGAL.....	52
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	54
5. PROPUESTA METODOLÓGICA.....	55
5.1. Tipo de estudio	55
5.2. Variables	56
5.3 Unidad de observación.....	69
5.4 Recolección de datos.....	69

5.4.1. Instrumentos	69
5.4.2. Recolección de Datos	70
5.5. Población	70
a. Procesamiento de la información	70
b. Plan de análisis de datos	71
6. RESULTADOS	72
6.1. Barreras Internas	72
6.1.1 Conocimientos	72
6.1.3 Actitudes	77
6.1.4. Prácticas	78
6.1.5. Creencias	80
6.2. Análisis de las barreras Externas	83
6.2.1. Factores estructurales	83
6.2.1.1 Contenido de los formatos: Cuestionario	83
6.2.1.2 Contenido de los Formatos: Ficha de inspección documental	84
6.2.1.2. Ficha de Notificación: Cuestionario	87
6.2.1.3 Ficha de Notificación: Ficha de inspección documental	87
6.2.1.4 Protocolo institucional: Ficha de inspección documental	88
6.2.2. Factores Organizacionales	91
6.2.2.1 Tiempo de consulta	91
6.2.2.2 Capacitaciones que recibe el profesional: Cuestionario	91
6.2.2.2 Capacitaciones que recibe el profesional: Ficha de inspección documental	92
7. DISCUSIÓN	94
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
ANEXOS	104
BIBLIOGRAFÍA	112

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Indicadores de maltrato físico. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de maltrato físico.....74
- Gráfico 2.** Indicadores de abuso sexual. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de abuso sexual..... 75
- Gráfico 3.** Indicadores de maltrato emocional o psicológico infantil. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de maltrato emocional.....75
- Gráfico 4.** Indicadores de maltrato infantil por negligencia. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de maltrato por negligencia.....76
- Gráfico 5.** Porcentaje de profesionales que respondieron a cada una de las categorías asociadas a las preguntas relacionadas con las actitudes de los profesionales encuestados..... 77
- Gráfico 6.** Frecuencia con la cual los profesionales realizan alguna de las actividades en mención y sus respectivos porcentajes relativos al total de profesionales encuestados..... 78
- Gráfico 7.** Formas de detección del maltrato infantil. Frecuencia con la cual se detecta el maltrato de acuerdo a cada una de las categorías indagadas.....79
- Gráfica 8.** Preguntas asociadas a las creencias de los participantes de la encuesta y sus porcentajes de ocurrencia de acuerdo a la categoría indagada.....80
- Gráfica 9.** Principales beneficios de la notificación reportados por los profesionales de la salud encuestados.....81
- Gráfica 10.** Formación de los profesionales de la salud y aspectos relacionados.....91
- Gráfica 11.** Principales barreras para la detección y notificación del maltrato infantil por parte de los profesionales que realizan Consulta de crecimiento y desarrollo.....92

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Naturaleza de las variables asociadas a las preguntas del cuestionario.....	68
Tabla 2. Respuestas de los profesionales a la pregunta: ¿Qué tipos de maltrato conoce?.....	73
Tabla 3. Respuestas de los profesionales a la pregunta: ¿Cuáles son las principales razones para no notificar el maltrato?.....	81
Tabla 4. Tipo y número de preguntas contenidas en los formatos de consulta de crecimiento y desarrollo que indagan acerca de maltrato infantil.....	83
Tabla 5. Observación de la disponibilidad de las fichas de notificación de maltrato infantil y reporte del número de notificaciones de maltrato Infantil realizadas en las UPAS.....	87
Tabla 6. Observación de la existencia del directorio institucional para la remisión del maltrato infantil y la ruta de atención al menor maltratado.....	89
Tabla 7. Observación de los listados de asistencia a capacitaciones que recibe el profesional sobre temas relacionados con maltrato infantil.....	91

RESUMEN

Todo niño atraviesa por un proceso de desarrollo que marcará el resto de su vida, la protección a esta población es fundamental para su óptimo desarrollo. Sin embargo, problemáticas como el maltrato infantil alcanzan cifras que son alarmantes en Colombia.

Según Forensis, en el 2014 se presentaron alrededor de 10.402 casos de maltrato infantil (1). La Defensoría del Pueblo en este mismo año, advierte que entre el 1 de enero y el 4 de abril del 2014, se reportaron 13.670 denuncias relacionadas con maltrato infantil(2). Se cree que las cifras son más altas pese a la subnotificación del maltrato infantil.

Bajo la mirada de la corresponsabilidad para la protección de los derechos de la infancia, el sistema de seguridad social en salud tiene importantes responsabilidades, entre ellas la detección y notificación del maltrato infantil.(3)

Es así como en la consulta de crecimiento y desarrollo, reglamentada por la resolución 412 (4), se ofrece una oportunidad para detectar y notificar casos de maltrato, y así intervenir y proteger a la niñez colombiana. Pese a esta oportunidad no se conocen estudios a nivel nacional que muestren con claridad las dificultades para la detección y notificación del maltrato infantil por parte de los profesionales de la salud.

Los datos hallados en países como Brasil muestra que en un 56,9% de los enfermeros relataron no haber identificado casos de maltrato en su práctica, mientras que el 43,1% sí los identificaron. En cuanto a la notificación de los casos, 58,4% no notificó el maltrato, y un 41,6% sí lo hizo. Esto concluye la existencia de subnotificación.(5) Por otra parte, Según Gail Hornor, en los Estados Unidos en el 2012, el personal de salud fue responsable solo del 8,2% de los cerca de 3,3 millones de notificaciones a las agencias de servicios de protección del menor.(6)

Esta realidad y la poca información en nuestro país acerca del tema, conlleva a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras que se encuentran en la consulta de crecimiento y

desarrollo, para la detección y notificación del maltrato infantil en una unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá en los meses de Agosto y Septiembre de 2016?

Objetivo general: Caracterizar las barreras que interfieren con la detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de Crecimiento y Desarrollo, en una unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá.

Propuesta metodológica: Este es un estudio de abordaje cuantitativo, de diseño transeccional descriptivo.

Unidad de observación: Esta investigación se desarrolló en las unidades primarias de atención (UPA) en una Unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá. Esta Unidad de Salud cuenta con 18 Unidades primarias de atención que realizan consulta de Crecimiento y Desarrollo.

Instrumentos Usados: El instrumento que se usó para la recolección de datos fue un cuestionario y una ficha de inspección documental.

Población: Profesionales que realizan consulta de crecimiento y desarrollo en las Unidades de Atención primaria de una unidad de servicios de salud de una subred en Bogotá. El estudio se realizó al total de los profesionales de la institución, para un total de 39 personas.

Procesamiento de la información y plan de análisis de datos: Captura de los datos: Excel, Procesamiento y análisis: R Core Team. El tratamiento estadístico se concentró en medidas descriptivas, porcentaje y frecuencias relativas.

Resultados: La investigación mostró que existen barreras internas y barreras externas para la detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo en la unidad de servicios de salud de la subred en la que se realizó el estudio. Las barreras internas señaladas tienen que ver con la falta de conocimientos sobre maltrato infantil con un 43,6%, en cuanto a las prácticas que lleva a cabo el profesional se destaca que en un 30,7% muy pocas veces o nunca le preguntan a los padres sobre la forma de corregir a sus hijos, un 76,3% muy pocas veces ha detectado el maltrato infantil y un 5,1% nunca lo ha detectado. El 36% expresó no confiar en las instituciones de protección infantil. En cuanto

a barreras externas se encontró que en 2 de las 18 UPAS visitadas no contaban con la ficha de notificación del maltrato infantil, 1 de ellas tenía la ficha en digital, y en 8 UPAS de las 15 restantes la ficha de notificación no era de fácil ni rápido acceso, de igual manera se evidenciaron promedios bajos de notificaciones por maltrato infantil. En 17 de las Upas no se encontró protocolo institucional para el manejo de los casos de maltrato infantil. Un 56,41% de los participantes afirma no tener tiempo dentro de la consulta de crecimiento y desarrollo para indagar aspectos relacionados con la forma en que los padres corrigen a sus hijos. Los profesionales en un 51% recibió formación sobre maltrato infantil en su lugar de trabajo y sólo un 23,1% lo recibió en el pregrado.

Este estudio ofrece un panorama general sobre la notificación y detección de maltrato infantil, de manera que sus hallazgos no se pueden generalizar. Se hace urgente seguir investigando en esta área, ya que son pocos los estudios que abordan esta problemática a nivel local.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.2. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Barreras para la detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo, en una unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá, en los meses de agosto-septiembre de 2016.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo niño atraviesa por un proceso de desarrollo físico y psicológico, social y cultural que marcará el resto de su vida, en especial la de los niños de cero a cinco años, por tanto, la protección a esta población es fundamental para su óptimo desarrollo. Las acciones que se desarrollen en este grupo poblacional son calificadas como de alto impacto y excelente relación costo – beneficio. La garantía del ejercicio de los derechos de los niños y niñas es corresponsabilidad de todos, como lo afirma la Ley 1098 en la que se hace un llamado a la concurrencia de actores y acciones conducentes a su garantía: “La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección”(3). Dentro de las situaciones que vulneran el derecho a la integridad se identifica el maltrato infantil. El artículo 18 del Código de infancia y adolescencia señala que “Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.” (3)

Bajo la mirada de la corresponsabilidad para la protección de los derechos de la infancia, y en especial, el derecho a la integridad personal, el sistema de seguridad social en salud tiene importantes responsabilidades como se señala en el mismo código en su Artículo 46, numeral 10: “Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el

abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima” (3)

Pese a la normatividad, los datos frente a la detección y notificación por parte de los profesionales de la salud en Colombia son escasos.

Según Gail Hornor, en los Estados Unidos en el 2012, el personal de salud fue responsable solo del 8,2% de los cerca de 3,3 millones de notificaciones a las agencias de servicios de protección del menor. Este mismo estudio destaca el hallazgo de inconsistencias en la práctica de los profesionales de la salud acerca de la indagación de abuso sexual en la práctica clínica. Algunas de las barreras que se destacan incluyen la falta de tiempo, la falta de información sobre abuso sexual, malestar en la discusión de la sexualidad, incertidumbre sobre qué hacer en caso de abuso sexual, falta de servicios de referencia adecuados y la creencia que los servicios de protección infantil son inadecuados. (6)

En esta misma línea, un estudio realizado en Brasil por Arruda y colaboradores en el año 2014, acerca de factores asociados a la notificación del maltrato en niños y adolescentes realizada por enfermeros en la Atención Primaria a la Salud, mostró que del total de enfermeros del estudio, un 56,9% relataron no haber identificado casos de maltrato en su práctica, mientras que el 43,1% sí los identificaron. El relato de la víctima y/o familiares fue el medio principal de identificación del maltrato en un 69,7%. En cuanto a la notificación de los casos, 58,4% no notificó el maltrato, y un 41,6% sí lo hizo. Este estudio concluye que existe una subnotificación, generándose así un desconocimiento de la magnitud del problema, lo que repercutirá en la implementación de políticas dirigidas a enfrentar el fenómeno. (5)

Cabe resaltar que la detección y notificación del maltrato infantil favorece la atención oportuna y atenúa los efectos adversos sobre la salud mental. Cuando hay una detección de maltrato en los centros de salud, se permite una reducción de la posibilidad de maltrato

posterior, mejora la calidad de vida y las intervenciones reducirán las secuelas del maltrato infantil. (6)

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública. (8) Según las estadísticas aportadas por el informe Forensis 2014 sobre datos oficiales de la violencia en Colombia, ese año se presentaron 10.402 casos de violencia contra niños y adolescentes en el territorio nacional, siendo los padres los agresores principales en un 68,60% de los casos. Se encuentra a la madre como principal agresora en niños de 0 a 5 años y de 6 a 11 años, mientras que los niños en edades de 12 a 17 años el agresor más frecuente fue el padre. (1) Por otra parte, el estudio de Forensis del 2013 reporta que los departamentos y municipios con mayor número de casos por violencia hacia los niños, niñas y adolescentes son, en su orden, Bogotá, Medellín, Soacha (Cundinamarca), Cali y Villavicencio.(9) Lo anterior deja ver parte del problema de salud pública respecto al maltrato infantil.

Frente al comportamiento de la violencia infantil en los últimos años en Colombia, se pueden notar fluctuaciones en los casos año tras año, como se observa a continuación.

Casos reportados de violencia infantil en los últimos diez años en Colombia

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
No casos	15.523	12.788	13.919	13.580	14.087	13.731	14.211	12.173	9.708	10.402

Fuente: Forensis 2005 al 2014

Estos datos muestran que en los últimos 10 años, el mayor número de casos reportados de violencia infantil se presentó en el 2005, mientras que en el 2013 se registró el menor número de casos. En el 2014 se observa un incremento de 694 casos frente al año anterior. Se destaca una tendencia a la disminución que paradójicamente contrasta con la información de la Defensoría del Pueblo en Octubre del 2014, donde se advierte que entre el periodo del 1 de enero y el 4 de abril de este mismo año, se reportaron 13.670 denuncias relacionadas con maltrato infantil, 7.851 corresponden a situaciones de maltrato por negligencia, 4.519 a maltrato físico, 789 a maltrato psicológico, 309 a episodios de acoso

escolar y 202 a casos de maltrato a niños en gestación. Estos datos se contraponen con el mismo periodo en el 2013, en el cual se observaron 8.975 casos de maltrato, aumentando así del 2013 al 2014 un 52,3% el número de casos. (2)

Según el Instituto de medicina legal y estudios forenses en 2014 el número total de casos a nivel nacional de violencia infantil, según la edad, se distribuyeron así: 2.064 correspondieron a niños entre 0 y 5 años, 3.434 a niños de 6 a 11 años y 4.897 en niños de 12 a 17 años. (1) Los casos reportados a nivel nacional en niños de 0 a 4 años muestran una tendencia a la disminución, sin embargo en el último año, los casos reportados en niños de estas edades aumentaron.

Casos reportados de violencia infantil en niños de 0 a 4 años

Año	2010	2011	2012	2013	2014
No Casos	2398	2357	1922	1307	1602

Forensis: 2010 al 2014

En cuanto a los niños de 5 a 9 años se ve un aumento importante en el número de casos de maltrato frente a la franja de edades de 0 a 4 años.

Casos reportados de violencia infantil en niños de 5 a 9 años

Año	2010	2011	2012	2013	2014
No casos	3239	3373	2917	2345	2748

Forensis 2010 al 2014

El informe de violencia intrafamiliar y delitos sexuales en Bogotá, en el primer semestre de 2014 se encuentra que, del 100% de casos de violencia intrafamiliar, el 20% corresponde a maltrato infantil, para un total de 1.486 casos. De estos, un 14% corresponde a maltrato en niños de 0 a 4 años, 27,3% de 5 a 9 años, 34,6% 10 a 14 años y 22,5% de 15 a 17 años. Al comparar estas cifras con el primer semestre del año anterior, se encontró un aumento de 17% en casos de violencia infantil.

En cuanto a los agresores, en un 89,3% de los casos, los familiares son quienes ejercen el maltrato, siendo el padre y la madre los principales agresores con un porcentaje del 72%.

Este estudio también revela que las localidades con mayores porcentajes de casos de violencia infantil en Bogotá son: Bosa (13,6%), Ciudad Bolívar (13,6%) y Kennedy (11,5%). Estas localidades coinciden con los mayores índices de pobreza en la ciudad. (10) Esta relación de maltrato y pobreza es documentada por Belsky, en su modelo explicativo de la violencia, donde afirma que la pobreza es un factor de riesgo de violencia infantil. (11)

Con relación a delito sexual se evidencia a través de exámenes médico-legales por presunto delito sexual que en el primer semestre de 2014 se presentaron un número total de 1.759 casos en Bogotá. De estos, un 85,3% se presentan en edades de los 0 a los 17 años, correspondiendo un 16,8% de los agredidos a menores de edades entre 0 y 4 años, 27,8% 5 a 9 años, 41,6% 10 a 14, y 13,9% de 15 a 17 años. Del total de casos de 0 a 4 años (252 en total), 69 corresponde a niños y 183 a niñas. En el 40% de los 252 casos, el posible agresor es un familiar, siendo el padrastro en el 24,1% de los casos. La vivienda sigue siendo el lugar en donde con mayor frecuencia ocurren estos actos siendo en un 89,3% el escenario de los hechos. (10)

Cabe destacar que el tipo de violencia infantil reportada por el Instituto de Medicina Legal y ciencias Forenses a lo largo de los años, está relacionada exclusivamente con el maltrato físico y sexual; dejando de lado el maltrato psicológico, desatención, negligencia u otros aspectos que pudieran generar daño a la salud, desarrollo, dignidad o integridad del niño. En este sentido la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, les preguntó a las madres de la familia, la forma en que sus esposos o compañeros y ellas mismas castigaban a sus hijos. Se revela que además del castigo físico, también se castiga con reprimendas verbales y en menor medida se encuentran las prohibiciones, la restricción de la alimentación y del apoyo económico (12). Este corrobora que el maltrato infantil no se restringe a la violencia física, y que es necesario tener estadísticas recientes y amplias frente a las diferentes formas de maltrato que se presentan en la población infantil.

Estos hallazgos representan una preocupación que supera las fronteras nacionales. Como lo afirma la OMS, el maltrato infantil tiene consecuencias sociales, emocionales, fisiológicas y neurológicas. (13) A nivel social y emocional, los niños maltratados tienen mayores posibilidades en la edad adulta de tener comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados, consumo de tabaco, actos violentos, deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas y obesidad. A nivel fisiológico el maltrato, puede contribuir a enfermedades cardíacas, pulmonares, así como al desarrollo del cáncer. Por otra parte, los cambios neurobiológicos generados por el maltrato se reflejan en cambios estructurales en el hipocampo, amígdala, cuerpo calloso y corteza frontal. Estos cambios neuroanatómicos generan importantes secuelas cognitivas, alto estrés psicosocial, dificultades conductuales y problemas sociales que a su vez se asocian con diversas psicopatologías. (14)

El maltrato infantil es un factor de riesgo para diversos trastornos mentales infantiles como depresión, problemas de conducta, trastornos de conducta antisocial y oposicionista, trastorno por déficit de atención y trastorno por estrés postraumático. También se destacan otras psicopatologías como trastornos de la personalidad, esquizofrenia, conductas autolesivas y suicidas, somatización y ansiedad. (14) Además de estas consecuencias, es importante destacar el impacto económico que tiene el maltrato infantil para el país; representado en costos al sistema de salud para la atención y tratamiento, servicios sociales para la infancia y especialmente el compromiso del capital humano, puesto que se ve amenazado el éxito de estos niños como padres, trabajadores y miembros de la sociedad.

Los programas y políticas surgen de reconocer la importancia del desarrollo físico y psicológico de la infancia durante los primeros años de vida. Potenciar el desarrollo de los niños, permite la obtención de un impacto positivo que perdura en la sociedad, con beneficios asociados como: fortaleza psicológica, reducción de la morbilidad y la criminalidad en el ciclo de vida, mejores resultados a nivel académico, entre otros múltiples efectos que permiten una mayor productividad e ingresos económicos para el país. Los beneficios anteriores hacen de los programas y políticas una inversión social con una tasa alta de retorno. (15)

En este sentido, organizaciones como la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el gobierno colombiano, por medio de políticas públicas, proyectos y programas, buscan proteger a la niñez del maltrato y promover el ejercicio de sus derechos. El plan Nacional de desarrollo en Colombia 2014 – 2018, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el ICBF, busca favorecer los vínculos afectivos al interior del hogar, así como promover el buen trato, instaurando procesos que promuevan el bienestar, y disminuyan la violencia intrafamiliar en general. (16) Por otra parte, la Consejería Presidencial para la Primera Infancia es la abanderada para el alcance de metas de política social, centradas en la atención integral de la primera infancia. Ya en el Plan Nacional de Desarrollo 2011 – 2014 se había formulado la estrategia “De cero a siempre”, que establece un compromiso nacional por los derechos de los niños y niñas en la primera infancia, y busca hacer efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y niñas garantizando su protección, salud, nutrición y educación. (17)

Este programa retoma una de las estrategias que hace parte de la atención primaria en salud, contemplada para la infancia en la resolución 412, denominada “Consulta de crecimiento y desarrollo”, cuyo fin es garantizar a los niños de 0 a 10 años condiciones adecuadas para el proceso de crecimiento y desarrollo, alineado con los objetivos del milenio. Por su parte, en la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de diez años, se destaca como tercer objetivo: “promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores y los niños”. (4) Lo anterior destaca la oportunidad que tienen los profesionales de salud para detectar y notificar el maltrato infantil a través de esta consulta. La consulta de crecimiento y desarrollo a niños sanos de 1 a 10 años son responsabilidad de la enfermera profesional, médico general o pediatra, quienes realizan un total de 14 consultas en niños entre 1 y 5 años 9 consultas, y 5 consultas a niños en edades entre 6 y 10 años(4). Es así como estas múltiples consultas y los objetivos de las mismas ofrecen múltiples ventajas y oportunidades de detección e intervención del maltrato infantil.

Entre dichas ventajas se destaca que son servicios cercanos a la población, proporcionan asistencia por parte del personal médico a lo largo de las etapas de desarrollo, lo que posibilita un mayor conocimiento por parte del profesional del niño y su familia y se cuenta con equipos interdisciplinarios y además tienen una concepción de la salud de una manera integrativa (18). Además de estos privilegios, se ha encontrado que los padres de familia son más dispuestos a acudir en busca de consejos sobre disciplina infantil al personal sanitario (6). Es así como la consulta de crecimiento y desarrollo representa un espacio fundamental de acción para la detección y notificación del maltrato.

Entendiendo entonces que el maltrato infantil es un fenómeno que genera enormes consecuencias que podrían afectar para toda la vida la salud física y emocional del niño y del adulto en el futuro, y que los profesionales en salud tienen la responsabilidad y la oportunidad de detectar y notificar el maltrato infantil a través de la consulta de crecimiento y desarrollo, y puesto que no hay en Colombia suficientes estudios que aborden este tema, este estudio propone reconocer las barreras para la detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo, de modo que los resultados permitan plantear y promover acciones encaminadas a mejorar la respuesta profesional y del sistema de salud, de cara a la problemática creciente del maltrato infantil en nuestro país y así contribuir al bienestar infantil.

1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las barreras que se encuentran en la consulta de crecimiento y desarrollo, para la detección y notificación del maltrato infantil en una unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá en los meses de Agosto y Septiembre de 2016?

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. **Maltrato Infantil:** Se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona. (3)

1.5.2. **De Cero a Siempre:** Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia.(19)

1.5.3. **Primera Infancia:** Se entiende como primera infancia, la etapa de 0 a 5 años de edad de los niños y niñas. Investigaciones en varios campos del conocimiento -biología, neurociencia, ciencias del comportamiento, psicología del desarrollo, educación y economía- concluyen que los primeros años de vida son básicos para el desarrollo del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. Desde el período de gestación, los niños cuentan con capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales, que se deben reconocer y promover, pues ellas sirven de fundamento para el aprendizaje, la comunicación, la socialización y en general para el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias. (19)

1.5.4. Fuente Notificadora: Son los servicios de salud, u otros segmentos formales o informales de la sociedad, que notifican a las autoridades sanitarias la ocurrencia de las enfermedades de notificación obligatoria. (20)

1.5.5. Detección Temprana: Búsqueda e identificación de trastornos, y/o deficiencias antes de que se presenten síntomas graves, con el objetivo de disminuir su impacto en la población. (21)

1.5.6. Crecimiento: Se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño. Es un proceso inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico. (4)

1.5.7. Desarrollo: Es un proceso dinámico que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales. (4)

1.5.8. Notificación: Notificar es transmitir o trasladar información sobre el supuesto caso de riesgo, de sospecha o de maltrato infantil comprobado, sobre su familia y sobre el propio informante. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención para mejorar las condiciones de las personas menores y su familia y una obligación legal y ética del profesional. La notificación ha de hacerse ante la sospecha de cualquier situación de desprotección o maltrato, no es necesaria la certeza. (22)

1.5.9. Detección: Detectar significa reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil. Es la primera condición para poder intervenir en estos casos y posibilitar la ayuda a la familia y al menor. La detección debe ser lo más precoz posible y tiene que incluir aquellas situaciones donde existe maltrato, la simple sospecha de maltrato y también aquellas situaciones de riesgo en las que pueda llegar a producirse. Se basa en la identificación de indicadores de sospecha. (22)

1.6. ANTECEDENTES

Para conocer el estado del arte sobre este tema, los descriptores que se usaron fueron: barriers, child, detection, identification, maltreatment, knowledge, attitude y su correspondencia en español. Los artículos que se tuvieron en cuenta fueron los publicados del año 2000 en adelante. Esto debido a la normatividad a nivel mundial y nacional frente a la niñez en este año.

Se usaron como bases de datos PubMed y ProQuest, en PubMed se realizó la búsqueda teniendo en cuenta el uso de descriptores en medicina (MeSH) el cual aportó nuevos términos de búsqueda: Reporting, mandatory, abuse, Mistreatment, y Neglect. Se realizó la búsqueda avanzada utilizando el sistema booleano and, or y not. (((child abuse) AND reporting mandatory) AND nurse) AND medical, obteniendo como resultado 27 artículos en la base de datos de PubMed. También se buscó ((((((maltreatment child) OR abuse child) AND detectition) AND knowledge) AND attitude) AND nursing) OR medical obteniendo 20 artículos en total. Por otra parte en la base de datos ProQuest se encontraron 21 resultados de la búsqueda ab(child maltreatment) AND ab(knowledge) AND ft(attitude) AND ft(practice) AND ft((nurse OR medical)) AND ft((abuse OR maltreatment)) y 5 para ab(child maltreatment) AND ab(barriers) AND ft(reporting) AND ft(identification) AND ft((nurse OR medical)) AND ft((abuse OR maltreatment)).

También se usó como motor de búsqueda científica y académica google scholar, donde se encontraron 4 resultados para la conocimiento, actitudes y prácticas del maltrato infantil. Para “child maltreatment” reporting obligatory se encontraron 54 resultados. Cabe resaltar que para la búsqueda de literatura se tuvo en cuenta la bibliografía recomendada por los artículos de mayor interés.

Para la inclusión de los artículos se tuvo en cuenta en primer lugar la utilidad del artículo dada por la similitud del mismo al problema de investigación, que el método usado para la

investigación haya sido similar al que se usaría en la investigación, que haya sido reciente y finalmente que se evidencie una alta calidad del mismo. Los artículos finalmente incluidos fueron 19.

La mayor parte de los artículos relacionados fueron encontrados en idioma inglés, y desarrollados especialmente en Estados Unidos. No se hallaron estudios que coincidan con los términos de búsqueda de “barreras” y “maltrato” en español, lo cual permite considerar que hay una necesidad de investigar en esta área y de articular los hallazgos aislados de los estudios.

1.6.1. Profesionales de la salud y violencia sexual infantil

En el año 2014 Herendeen y colaboradores realizaron un estudio titulado “Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of PediatricHealthCare*”, cuyo objetivo era examinar las experiencias del personal de enfermería pediátrica frente a la identificación y notificación del abuso infantil, teniendo en cuenta la frecuencia de los informes, descripción de las actitudes y la confianza del profesional en la denuncia del abuso infantil. Dentro de sus resultados se destacan dos: El profesional que tiene educación reciente frente al tema, expresa mayores habilidades en el manejo de casos de abuso infantil, así mismo eran más propensos a reportar casos sospechosos de abuso. Y segundo, se concluye que los profesionales en salud requieren mayor educación sobre el abuso infantil, tanto en su educación curricular como en la educación continuada, para que de forma efectiva puedan diagnosticar y tratar el abuso de menores (23). Por otra parte Merav Ben Ntan y colaboradores (2012), realizan un estudio con el fin de examinar si la teoría del comportamiento planificado tiene éxito en predecir la notificación de sospecha de abuso infantil por parte del personal médico y el de enfermería. Sus resultados muestran que la objeción del abuso en niños, así como las creencias subjetivas, afecta la notificación del abuso infantil. Se encuentra también que el personal médico reporta más que el personal de enfermería (24). Estos estudios permiten visualizar

algunas barreras en el personal de salud para el reporte de abuso infantil como: creencias, falta de capacitación y la posible influencia de la profesión.

1.6.2. Literatura sobre la práctica de enfermería en la detección del maltrato infantil

Hornor y Herendden (2014), presentan su investigación llamada “Advanced practicenursing in child maltreatment: practice characteristics” en el cual, teniendo como base proporciones epidémicas del maltrato infantil en Estados Unidos y la pobre literatura disponible para el personal de salud en cuanto a su práctica e intervención en el tema de maltrato infantil, realizan un estudio que tiene como fin orientar la práctica de enfermería respecto a tema.

En él se destacan áreas como factores de riesgo de maltrato infantil, prácticas de detección del maltrato infantil y las implicaciones en la práctica de enfermería. Sobre este último punto, aborda preguntas que se deberían realizar en la consulta de enfermería así como normas de prevención y detección de abuso físico, detección y orientación del maltrato infantil y factores de riesgo psicosociales que el profesional debe tener en cuenta en su consulta (25). Este tipo de estudios permite enriquecer desde el ámbito teórico, los aspectos a valorar durante la consulta de crecimiento y desarrollo para prevenir e identificar el maltrato infantil.

1.6.3. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en relación con el maltrato infantil

Katherine M y colaboradores (2014) realizan una investigación, cuyo objetivo era describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en estudiantes de odontología en una universidad pública de Cartagena, Colombia. En dicho estudio se evidenció que los conocimientos y actitudes frente al maltrato fueron adecuados; sin embargo se enfatiza en la necesidad de entrenamientos en el maltrato infantil que brinden mayor seguridad al estudiante en el momento de identificar y reportar los posibles casos de

maltrato desde la práctica odontológica(26). En este mismo sentido en Chile, Fierro y colaboradores (2012) hacen una investigación en Concepción Chile, cuyo objetivo es describir el conocimiento y la actitud de los Odontólogos frente a situaciones de maltrato infantil. Este estudio encuentra que el nivel de conocimiento fue satisfactorio. En cuanto a casos de notificación de maltrato, se encontró que del 43,3% que afirmó haber tenido sospechas de maltrato Infantil, solo un 56,5% lo denunció. En cuanto al nivel de conocimientos se encontraron mayores conocimientos en las mujeres. Sin embargo en cuanto a género y actitud no hubo diferencia. El origen de los conocimientos no tuvo como fuente la formación del pregrado, por lo tanto se plantea la necesidad de fortalecer en las facultades de Odontología la enseñanza acerca de maltrato infantil. (27) Yasemi y colaboradores (2004) en su estudio “Level of knowledge and attitude of primarycarephysicians in Eastern Anatolianscities in relationtochild abuse and neglect” encuestan a 175 médicos frente al tema de conocimiento y actitudes frente al maltrato infantil. Como resultados se encuentra que los médicos que trabajan en atención primaria no tienen adecuados conocimiento ni actitudes apropiadas hacia la identificación y notificación de sospechas de abuso infantil, lo cual sugiere una necesidad de programas educativos dirigidos al personal de salud para aumentar sus conocimientos y habilidades en la detección, evaluación, presentación de informes, tratamiento y prevención del abuso y negligencia infantil. (28)

1.6.4. Detección y notificación del maltrato Infantil por parte de los profesionales de la salud

Un estudio en Brasil acerca de los Factores asociados a la notificación del maltrato en niños y adolescentes realizada por enfermeros en la atención primaria en salud en el año 2014, reveló datos importantes acerca de los factores que facilitan la detección, sin desconocer las barreras que se encontraron a lo largo de la investigación. Frente a la identificación de maltrato durante el ejercicio profesional de los enfermeros, de la muestra total, un 56,9% manifestaron no haber identificado casos de maltrato, mientras que un 43,1% dijo haberlo identificado. Del grupo de profesionales que lo identificaron, un 58,4% no lo notificaron, y

un 41,6% sí lo hicieron. Las variables de tiempo de graduación y el tiempo de trabajo en atención primaria en salud presentaron una asociación estrecha con la notificación de maltrato. El tiempo de trabajo de 5 o más años aumentó en 3,09 veces la probabilidad de notificación. Saber a dónde notificar los casos de maltrato aumentó las probabilidades de notificación en 3,33 veces. La existencia de la ficha de notificación en el servicio aumentó en más de 3 veces realizar la notificación. No tener miedo al involucramiento legal permite 2 veces más posibilidades de notificar. Finalmente, cuando el profesional percibe ventajas de realizar la notificación se incrementa tres veces las probabilidades de notificar el maltrato.

En este estudio se destaca la no notificación, incluso en los casos de maltrato infantil detectados. Dentro de las explicaciones de la subnotificación se encuentran: la postura de resistencia del profesional por significados subjetivos del término notificación, corto tiempo de experiencia profesional en el ámbito de APS, la ausencia de la ficha de notificación de maltrato y de protocolos en la institución de salud y el miedo al involucramiento legal por parte del profesional. (5)

1.7. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITOS

La niñez es un periodo de desarrollo a nivel físico, psicológico, social y cultural resultan fundamentales para el resto de su vida. La protección a esta población es fundamental para su óptimo desarrollo y a su vez constituye una responsabilidad de toda la sociedad. Sin embargo, la violencia infantil es un fenómeno al que la niñez colombiana se ve expuesta, vulnerando así sus derechos y las condiciones necesarias para su adecuado crecimiento y desarrollo. Frente a esta situación, los profesionales en salud que atienden la consulta de crecimiento y desarrollo, tienen la posibilidad de prevenir y detectar el maltrato infantil. Ante esta oportunidad, no hay suficientes estudios que revelen las barreras que tiene el profesional para detección y notificación del maltrato. Es por ello que se requiere investigar en dicha área y así, poder reconocer las barreras para la detección y notificación del maltrato infantil, de forma que se permita plantear lineamientos de acción de acuerdo con los hallazgos que se encuentren en el estudio, y de esta forma contribuir al bienestar infantil. Es así como esta investigación busca realizar múltiples aportes a nivel científico, académico, social y a la niñez.

A nivel universitario este estudio permitirá a los docentes reconocer aspectos teóricos y prácticos que permitan fortalecer áreas específicas de enseñanza en el futuro profesional de salud sobre maltrato infantil, en la detección y notificación.

Para la población infantil esta investigación aportará elementos que promuevan el efectivo ejercicio de sus derechos, por medio de una atención más integral que permita disminuir los riesgos de maltrato y recibir intervención de forma oportuna.

En cuanto a las instituciones de salud y profesionales de la salud, esta investigación por medio de sus resultados les podría aportar valiosos hallazgos que les permitirían realizar acciones concretas para eliminar o disminuir barreras para la detección y notificación del maltrato infantil.

A nivel científico esta investigación brindará nuevos conocimientos acerca de las barreras que interfieren en la prevención, detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo y permitirá reconocer nuevos campos para el desarrollo de futuras investigaciones en el área.

1.8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las barreras que interfieren con la detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de Crecimiento y Desarrollo, en una unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá

1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras internas relacionadas con factores individuales dados por: características personales, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del profesional de enfermería frente a la detección y notificación del maltrato infantil.
- Identificar las barreras externas relacionadas con factores estructurales dados por: disponibilidad de protocolo institucional, contenidos dentro de los formatos usados en la consulta de crecimiento y desarrollo que permitan la detección del maltrato infantil, y acceso a la ficha de notificación en la consulta de crecimiento y desarrollo.
- Identificar las barreras externas relacionadas con factores organizacionales como: capacitación y tiempo con los que cuenta el profesional para la consulta de crecimiento y desarrollo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El maltrato infantil:

Aunque en los últimos años se ha avanzado en el estudio del maltrato infantil, hoy siguen existiendo deficiencias notables alrededor del tema. Signo de ello es la carencia de un concepto sobre maltrato infantil que sea unívoco y aceptado universalmente. Por consiguiente la definición de maltrato de acuerdo a cada autor varía, llamando así al maltrato a cosas diferentes, lo cual repercute y afecta en la práctica. (29)

A continuación se enunciarán algunos conceptos de maltrato infantil que recoge la visión desde la filosofía, las ciencias de la salud y finalmente la definición que enmarca el Código de Infancia y Adolescencia.

Maltrato infantil

José Sn Martín: “Cualquier acción u omisión intencional que causa daño o puede causarlo a un menor de 18 años. El daño que se causa o que puede causarse es de distintos tipos.” (29)

Clínica de atención integral al niño maltratado: “Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual” (30)

Organización de Naciones Unidas: “El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.”(13)

Para efectos de este estudio la definición del maltrato tenida en cuenta es la expresa en el Código de Infancia y Adolescencia Colombiana: “toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.” (3)

Se han descrito los diferentes tipos de maltrato:

- 2.1.1. **Maltrato físico:** Es toda agresión manifestada por medio de golpes. Puede tener o no como resultado de lesión física que es producto de castigos únicos o recurrentes, con proporciones y características diferentes. En este tipo de maltrato suelen existir evidencias que facilitan su diagnóstico directo (31).
- 2.1.2. **Maltrato psicológico:** Manifestado por Insultos, groserías, desprecio, burlas y amenazas para hacer sentir mal a los niños. Incluye también rechazo, aislamiento, ignorar y aterrorizar a los niños (32).
- 2.1.3. **Abandono, negligencia o descuido:** Desprotección y falta de cuidado mínimo por parte de las personas que tienen el deber de hacerlo, así como las condiciones. La negligencia reside en omisiones, estas se ven reflejadas de forma inofensiva a lo largo del tiempo; es de difícil detección y fácil de negar (31) .
- 2.1.4. **Abuso sexual:** Toda actividad sexual entre un niño o niña. Incluye la explotación sexual. Se encuentran evidencias cuando existe penetración, pero en frecuentemente el abuso no es claro y no se hace posible realizar un diagnóstico directo; en estas situaciones se hace indispensable busca indicadores indirectos como el relato del menor o el de testigos (33).

Vale la pena destacar frente al maltrato de tipo psicológico, que es un problema social grave al que poco se le reconoce en comparación con el maltrato físico y sexual. Situación que se explicaría por la dificultad en su identificación y definición, así como por la percepción errónea de que el maltrato infantil de tipo emocional es menos severo que el físico o el sexual, creencia que resulta falsa dado que este tipo de maltrato al igual que el maltrato físico y sexual tienen consecuencias graves y perdurables en los niños. Hornor (2012), subraya que no hay buenos datos epidemiológicos disponibles frente a este tipo de maltrato. (34)

2.2. Consecuencias del maltrato infantil

Por consecuencias del maltrato infantil se entienden a las alteraciones en el funcionamiento a nivel individual, familiar y social de los niños víctimas de maltrato. Los daños generados por el maltrato abarcan diversas áreas: cognitiva, afectivo, interpersonal, conductual y somático.(35) Las consecuencias del maltrato varían según las características del maltrato (tipo, gravedad, frecuencia, victimario, cronicidad), las características del niño o niña, y de factores de resiliencia.(30) A continuación se nombrarán las consecuencias del maltrato infantil a nivel en general.

Área cognitiva: Los niños víctimas de maltrato se muestran más impulsivos, distraídos y menos creativos. La capacidad de resolución de problemas, desempeño académico y en general el desarrollo cognitivo conforme la edad del menor se muestran por debajo del nivel esperado.

Área del lenguaje: Hacia los 31 meses los niños maltratados muestran una sintaxis menos compleja, tienen menor vocabulario y conocen menos palabras que los niños de su edad, situación que los acompañará hasta la edad escolar. Lo que sugiere que los niños maltratados presentan mayores dificultades en su capacidad de expresión y comunicación.

Área motora: Aunque es una de las áreas en las que menos se encuentran consecuencias, se ha mostrado que los niños víctimas de abandono físico muestran dificultades para el desarrollo de la motricidad fina y locomoción.

Área de autonomía funcional: Pueden existir problemas en aspectos como el cuidado personal relacionado con aseo, nutrición, vestido, entre otras; cuidados que por lo general se aprenden en la familia. Por otra parte, aspectos que tienen que ver con la capacidad del niño para vivir en comunidad se ha destacado que el niño maltratado que presenta un apego ansioso tiende a ser menos obedientes con sus padres y cuidadores en general, así como tener menos estrategias de autocontrol. También se han evidenciado mayores índices de baja autoestima y desesperanza en cuanto al futuro.

Área social: En edades tempranas entre los 18 y 24 meses, cuando se genera un apego ansioso se genera en los niños sentimientos de frustración, rabia, y conductas agresivas ante las dificultades. Entre los 3 y 6 años tienen problemas para expresar y reconocer sus emociones, así como se evidencia una expresión mayor de emociones negativas y menos capacidad de afrontar adversidades. Se presentan patrones distorsionados de comunicación como: Retraimiento o distancia afectiva, falta de placer y bienestar, comunicación afectiva negativa, evitación a padres, compañeros y adultos, mayor agresividad con los adultos y en general la forma de contacto con otros suele ser agresiva. (35)

Consecuencias a nivel neurobiológico y en la salud mental infantil: En la investigación “Neurobiología del maltrato infantil: el ciclo de la violencia” realizado por Patricia mesa y colaboradores (2011), aborda desde una revisión y recapitulación de hallazgos de diversas investigaciones de tipo clínico sobre las consecuencias del maltrato infantil sobre el sistema nervioso central. En él se destaca que el maltrato a una edad temprana puede tener consecuencias psicológicas y neurológicas irreversibles. Entre ellas se encuentran cambios a nivel del hipocampo, la amígdala, cuerpo calloso, córtex cerebral. Así mismo se presentan consecuencias cognitivas, dificultades conductuales y problemas sociales que se asocian con diversas patologías. En los niños el maltrato puede provocar una alta mortalidad y morbilidad, problemas emocionales y comportamientos autodestructivos, así como numerosos déficits cognitivos. Entre ellos trastornos del aprendizaje y dificultades académicas. Es así como el maltrato infantil reduce la calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Los problemas en el desarrollo psicológico y neurobiológico pueden contribuir a psicopatologías a corto y a largo plazo. Los trastornos de mayor prevalencia en los niños son: depresión infantil, problemas de conducta y delincuencia, los trastornos de conducta antisocial y oposicionista, trastorno por déficit de atención, trastornos de estrés postraumático. Además se establecen otras patologías asociadas con el maltrato como trastornos de personalidad, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, somatización, ansiedad y disociación. De acuerdo a estos hallazgos, este estudio encuentra que el maltrato infantil en la mayoría de los casos, genera una interrupción en el desarrollo

normal del niño. Esto sustentado en los altos niveles de estrés crónico que provocarán secuelas anatómicas, estructurales y funcionales del cerebro. (14)

Como se nombró anteriormente, los menores maltratados suelen ser más agresivos, y cuando estos niños crecen tienden a maltratar a sus propios hijos, de forma que se da lo llamado “*transmisión intergeneracional de la violencia*” que se explica por el resultado del aprendizaje y por mecanismos genéticos, que aún hoy se siguen estudiando. Aunque parece que no todos los padres maltratados que tienen historia de maltrato, maltratan a sus hijos, para ser maltratador es casi un requisito haber sido maltratado en la infancia.

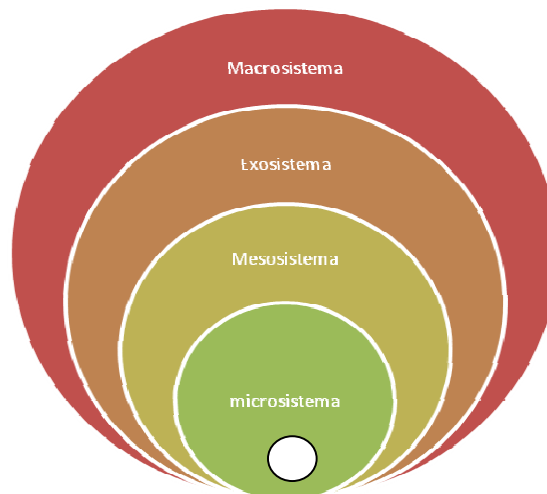
2.3. Modelo explicativo del maltrato infantil

A lo largo de la historia reciente, se han propuesto diversos modelos explicativos de la violencia infantil. De forma temprana se propusieron modelos unicausales basados en teorías tradicionales (psiquiátrico – psicológicas, sociológicas y personales). La teoría psiquiátrico – psicológica, señala a los problemas mentales en los cuidadores y padres de los niños como origen del fenómeno. El sociológico se basa en la comprensión de los valores, condiciones y prácticas culturales como determinantes del maltrato infantil. La teoría cognitiva señala que los padres maltratadores, en especial las madres, presentan características como dificultad para expresar y reconocer emociones, expectativas inapropiadas frente a las capacidades de los hijos en diferentes edades. La teoría centrada en el niño por otra parte, propone que el niño maltratado tendría rasgos y conductas que provocan rechazo, frustración y estrés en los cuidadores, siendo el niño menor de 6 años más vulnerable al maltrato pese a las características propias de la edad. (11)

Posteriormente se propusieron teorías que entienden al maltrato infantil como un fenómeno, el cual requiere una comprensión conjunta de sus variables, teniendo así una base multicausal. En este sentido se resalta el modelo ecológico de Berlsky (1993) que dado su enfoque y a la vez la perspectiva de la investigación, se tomará como modelo explicativo de la violencia infantil.

El modelo ecológico de Belsky está basado en la teoría desarrollada por Bronfenbrenner (1979). Para comprender el modelo ecológico de Belsky, es necesario explicar en qué consiste el modelo de Bronfenbrenner.

Bronfenbrenner por medio de su teoría busca explicar los procesos y contextos de desarrollo humano, de los cuales identifica cinco niveles de influencias ambientales. Estos cinco niveles de influencias ambientales van desde lo más pequeño hacia lo más amplio: Microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. De esta forma se busca comprender de forma más completa el desarrollo de la persona basado en dichos contextos.



Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner (36)

Microsistema: Este abarca el entorno más próximo y cotidiano de la persona: el hogar, el trabajo, la escuela, la iglesia, y abarca así mismo las relaciones con otras personas en estos contextos: padres, amigos, hijos, maestros.

Mesosistema: En él se permite la comunicación de diversos microsistemas. En él se incluyen aspectos como conexiones entre padres ya maestros, la familia y el vecindario, la familia y el trabajo, la familia y los servicios de salud entre otros.

Exosistema: Está constituido por vínculos del microsistema y sistemas o instituciones externas que afectan de manera directa a la persona.

Macrosistema: Este está formado por el sistema político, ideas e ideologías dominantes en la cultura.

Cronosistema: Está connotando la dimensión temporal. En ella se anota el cambio o la constancia de una persona en el ambiente (36).

Este modelo Ecológico desde la perspectiva de la presente investigación cobra importancia por abordar a servicios comunitarios como los centros de salud, contribuyentes del desarrollo de la persona y a su vez de la comunidad misma. Es así como en los centros de salud, donde se llevan a cabo diversas actividades, entre ellas la consulta de crecimiento y desarrollo, hay una inter-relación entre dos microsistemas: la familia y profesionales de la salud, entrando así en diálogo dos entornos que a su vez serán influencia uno del otro. Es en ese intercambio, donde la intervención de los profesionales cuando detectan y notifican el maltrato infantil generan cambios en el niño, su familia y la sociedad en general.

Años después Berlsky, adapta esta teoría para proponer un modelo ecológico aplicado al maltrato infantil. Allí se conceptualiza el maltrato infantil como un fenómeno socio - psicológico que es determinado por la familia, la comunidad y en la cultura en los que la persona está inmersa. De esta manera el autor propone un sistema integrador de diversos factores explicativos para comprender la etiología del maltrato y así aproximarse a su tratamiento.

Dentro de los niveles Belsky se destaca:

- Desarrollo ontogénico: Constituido por el marco familiar (por ejemplo historia de crianza) que traen los padres maltratadores y su rol parental.
- Micro- sistema: Patrones de actividades, roles y relaciones interpersonales. Representa entonces el marco familiar.

- Exo-sistema: Áreas con las que se establece relaciones como el medio laboral, vecindario, servicios médicos etc. Estas a su vez afectan e influyen en la persona aún sin estar en directo contacto.
- Macrosistema: Valores culturales y creencias que favorecen el maltrato infantil. El autor propone que para cada nivel de influencia existen numerosos factores de riesgo y que su vez las interacciones facilitarían la génesis del maltrato infantil. (37)

TEORÍA ECOLÓGICA: factores de riesgo del maltrato infantil

Ontogénico	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
*Historia de malos tratos. *Historia de desatención. *Rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia. *Ausencia de experiencia en el cuidado del niño. *Ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades. * Historia de desarmonía y ruptura familiar.	Padre – Madre *Problemas psicopatológicos. Depresión, alcoholismo, drogodependencia. *Falta de capacidad empática. *Poca tolerancia al estrés. Estrategias de <i>afrentamiento</i> inadecuadas. Niño: *Prematuro. *Bajo peso al nacer. *Apático. *Temperamento difícil. *Hiperactivo Conflicto marital: *Desajuste en la relación. *Estrés permanente. *Violencia y agresión. *Número de miembros en la familia. *Hijos no deseados.	Trabajo *Desempleo: -falta de dinero. -Destronamiento. -Autoestima. - Insatisfacción laboral. -Tensión en el trabajo. -Vecindad *Aislamiento. *Falta de soporte social. Clase social: *Clases sociales desfavorecidas acumulan factores de riesgo para el conflicto (estresores, desempleo, etc.). *Problemas de detección en clases altas.	*Crisis económica o energética. *Alta movilidad social. Actitud hacia la violencia. *Actitud hacia el castigo físico en la educación. *Actitud hacia la infancia. Actitud hacia la familia, la mujer, la paternidad y la maternidad.

Fuente: Terapia Familiar sistémica (37)

La teoría Ecológica que usa Belsky como modelo explicativo del maltrato infantil, permitirme establecer factores de riesgo para este, útiles en la investigación para construir el cuestionario y la ficha de inspección documental.

2.4. Detección y notificación del maltrato infantil

La detección del maltrato infantil consiste en identificar una probable situación de maltrato. La detección es un elemento primario para la intervención de los niños y los miembros de la familia que viven este fenómeno. Cuando no se realiza la detección este proceso no se puede dar y no se podrá actuar sobre las causas que dieron lugar al maltrato, ni se podrá proteger al menor. Es importante que la detección sea lo más precoz posible, de manera que se evite nefastas consecuencias en el niño e incrementar las probabilidades de éxito en la intervención, tratar las secuelas y prevenir la repetición (38). Se basa en la identificación de indicadores de sospecha (ver cuadro de indicadores). Los indicadores son signos de alarma sobre la posibilidad de maltrato (22).

2.4.1. Indicadores del maltrato infantil potencial o activo

2.4.1.1. Indicadores de maltrato físico

Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales en el niño	Conducta Del Cuidador
<p>*Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.</p> <p>*Quemaduras: Por cigarros; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas: quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida: parrilla, plancha, etc.).</p> <p>*Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.</p> <p>*Heridas o raspaduras: En la boca los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p>	<p>*Cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos.</p> <p>*Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.</p> <p>*Muestra conductas extremas: (Por ejemplo agresividad, o rechazo externos)</p> <p>*Parece tener miedo de sus padres, por ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse a la escuela o guardería.</p> <p>*Dice que su padre / madre le han causado alguna lesión.</p>	<p>*Fue objeto de maltrato en su infancia.</p> <p>*Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, para la falta cometida y condición del niño. No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</p> <p>*Parece no preocuparse por el niño.</p> <p>*Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso.</p> <p>*Psicótico o psicópata.</p> <p>*Abuso de alcohol u otras drogas.</p> <p>*Intenta ocultar la lesión del</p>

<p>*Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes. *Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3cm. Entre caninos. *Cortes o pinchazos. *Lesiones internas *Asfixia o ahogamiento.</p>		niño o proteger la identidad de la persona responsable de éste.
<p>Retrasos en la búsqueda de asistencia sanitaria Niños generalmente lactantes o menores de 3 años Historia inaceptable, discordante o contradictoria Hematomas en distintas fases evolutivas. Otras lesiones asociadas. Asistencia rotando por distintos centros sanitarios. Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento.</p>		

Fuente: Psiquiatría clínica y atención al maltrato infantil(38) y (33)

2.4.1.2. Indicadores de maltrato por negligencia

Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales en el niño	Conducta Del Cuidador
<p>* Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento, inapropiadamente vestido. *Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando actividades peligrosas o durante largos periodos de tiempo. *Cansancio o apatía permanentes. *Retraso del crecimiento *Infecciones leves, recurrentes o persistentes * Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico. *Hematomas inexplicados * Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas. * Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica * Ropa inadecuada para las condiciones climáticas * Alimentación y/o hábitos horarios Inadecuados. *Ha sido abandonado * Retraso en las áreas madurativas * Problemas de aprendizaje escolar</p>	<p>* Somnolencia, apatía, depresión *Pide o roba comida *Raras veces asiste a la escuela. *Se suele quedar dormido en clase. * Llega muy temprana a la escuela y se va muy tarde. * Dice que no hay quien le cuide * Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto · Comportamientos antisociales (ej.: vandalismo, prostitución, toxicomanías)</p>	<p>*Vida en el hogar caótica *Muestra evidencias de apatía o inutilidad *Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual * Fue objeto de negligencia en su infancia</p>

Fuente: Psiquiatría clínica y atención al maltrato infantil(33)y (38)

2.4.1.3. Indicadores de Abuso Sexual

Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales en el niño	Conducta Del Cuidador
*Dificultad para andar y sentarse * Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada * Se queja de dolor o picor en la zona genital * Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal *Tiene una enfermedad de transmisión sexual *Tiene la cervix o la vulva hinchados o rojos * Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa * Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano * Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia) *Infecciones urinarias de repetición	Conductuales: * Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador * Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales * Psicósomáticos: * Trastornos del sueño y alimentación . *Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas *Psíquicos: Depresiones crónicas, intentos de autólisis, automutilaciones *Desvalorización corporal: obesidad, anorexia * Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales.	*Extremadamente protector o celoso del niño *Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador *Sufrió abuso sexual en su infancia *Experimenta dificultades en su matrimonio * Abuso de drogas o alcohol *Está frecuentemente ausente del hogar

***Fuente:** Psiquiatría clínica y atención al maltrato infantil(33) y (38)

Según la Guía de atención del menor maltratado en Colombia (39) ,la detección tiene dos aspectos básicos: Búsqueda activa de casos e identificación y recepción del caso. Para la identificación y recepción de casos la guía destaca “Es importante que el personal de salud tenga en cuenta que en los servicios de urgencias, consulta externa, promoción y prevención, pediatría y ginecología entre otros, se debe explorar permanentemente la presencia de situaciones de violencia intrafamiliar o sexual entre las y los usuarios” posteriormente nombran aspectos a tener en cuenta en la identificación y recepción de casos:

1. Se recomienda hacer preguntas que busquen indagar si la persona ha estado relacionada con situaciones de conflicto o violencia.
2. El diálogo acerca del tema deberá ser respetuoso, atento y directo. Y en un espacio que permita y garantice la privacidad y confidencialidad.

3. Es importante que se aclare a la persona la necesidad de seguir procesos de notificación y los límites de la confidencialidad.
4. En caso de atender a comunidades indígenas, es importante conocer que la población indígena cuenta con su propio sistema legislativo. Sin embargo no se debe olvidar que la convención internacional de los derechos de los niños, los derechos de niños y niñas tienen prelación sobre los demás. (Incluidos los culturales)

Recomendaciones para la detección y la atención de violencia en general según la guía:

1. El personal de salud deberá estar atento a cualquier indicio de violencia: ¡Sospechar e indagar!
2. No culpar o responsabilizar a la víctima sobre su situación de violencia.
3. La evaluación deberá realizarse con respeto, sensibilidad, calidez evitando sesgos y juicios.
4. Si el personal sanitario tiene dudas de que la persona es víctima, se deberá documentar en la historia clínica lo que se evaluó al respecto, la reacción del paciente, detallando el impacto en la salud.
5. Cuando el paciente reporte algún tipo de maltrato o abuso se deberá describir y brindar información, orientación y remisión. Todas estas acciones deberán quedar consignadas.(39)

2.4.2. Acciones para la detección del maltrato infantil

IDENTIFICAR LOS CASOS SUSPECHIOSOS DE MALOS TRATOS	EVALUAR LA AMPLITUD DE LAS LESIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Estar atento a signos que puedan indicar maltrato o negligencia. • Informar sobre sospechas a las autoridades competentes. • Llevar registros objetivos del estado físico del niño, su conducta con los padres, otras personas y el medio ambiente, y las entrevistas con los miembros de las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la evaluación física. • Evauar el estado emocional y la conducta • Participar en las pruebas diagnósticas.

Fuente: Atención de enfermería al maltrato infantil(38)

2.4.3. Barreras en la Detección del Maltrato

Hay factores que dificultan la detección del maltrato infantil. A continuación se destacan las siguientes barreras(40):

1. Desconocimiento de las situaciones de desprotección
2. Desconocimiento de las consecuencias del maltrato infantil
3. Desconocimiento de los indicadores de los distintos tipos de maltrato infantil y dificultades para su diagnóstico. Muchos casos no se llegan a identificar.
4. Atribución de la desprotección a costumbres y prácticas culturales.
5. Consideración de que nadie tiene derecho a inmiscuirse en la manera en que los padres educan y cuidan a sus hijos. Privacidad de la familia.
6. Evitación de responsabilidad directa de intervenir en las situaciones de maltrato infantil.

En cuanto a mitos y prejuicios acerca del maltrato infantil en la detección se destacan los siguientes (41):

1. Mito: El maltrato infantil hace referencia a la existencia de lesiones físicas graves, abandono infantil o abuso sexual.
Implicación: Esta idea preconcebida impide a detección de otras formas de maltrato que son en menor medida conocidas, implican graves consecuencias, son más frecuentes.
2. Mito: Las personas que ejercen maltrato infantil son perversos, enfermos mentales o drogadictos.
Implicación y realidad: Este prejuicio elimina otras formas de explicar el maltrato tales como contextuales de tipo social, económico y cultural. Sólo el 10 – 15% son realizados por padres con alteraciones psiquiátricas graves.
3. Mito: La violencia y el amor no pueden darse al mismo tiempo en la misma familia.

Realidad: Gran cantidad de los niños que son maltratados quieren a sus padres antes y después del maltrato. La existencia del amor y del maltrato permite a los niños pensar que la violencia es aceptable.

4. Mito: Sólo se puede considerar el maltrato cuando es intencionado.

Realidad: Muchos de los padres que ejercen el maltrato no son conscientes de lo que hacen. Así que la intencionalidad no es un requisito para que haya maltrato. En muchos casos el maltrato es resultado de la inexperiencia, incompetencia, ignorancia, prejuicios, así como ideas erróneas de los padres.

2.4.4. Notificación del Maltrato Infantil

Según la notificación y vigilancia del maltrato infantil deberá:

1. Registrarse en la historia clínica:

*Se deberá anotar la causa de consulta y enfermedad actual.

*Consignarse detalles como: tipo, frecuencia, severidad de la violencia y su relación con la enfermedad actual.

*Documentar cualquier hallazgo físico o mental relacionado con la violencia.

Documentar secuelas y consecuencias de la violencia en la víctima.

*Historia de la violencia en el pasado y actual.

*Testimonio describiendo “lo que pasó”

*Objetos y armas usadas por el agresor.

*Nombres y descripciones de posibles testigos el incidente.

2. Notificación:

*Llenar la ficha de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica que se maneja en el departamento.

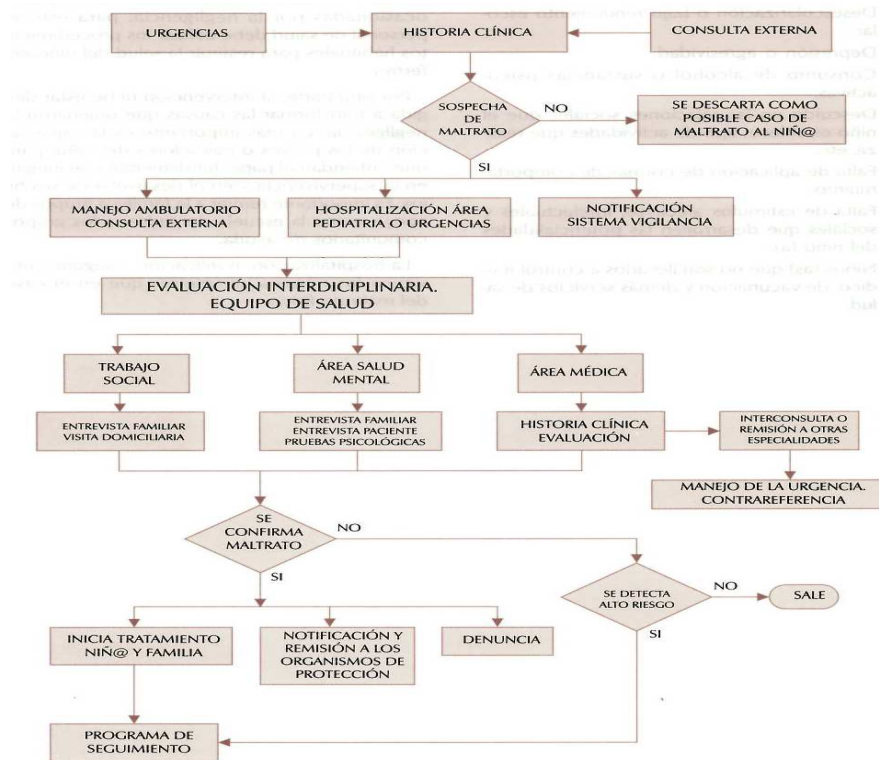
*Dejar una copia en la historia clínica.

*Enviar copia en físico o fax a la institución a la que se haga la remisión del caso.

3. Remitir la ficha a la secretaría de salud municipal o departamental según sea el caso.

(39)

2.4.5. Atención: ruta interna de atención en casos de violencia contra niños niñas y adolescentes



Fuente: 412 Guía de atención al menor maltratado(39)

2.4.6. Responsabilidad y barreras del personal de salud frente a la detección y notificación del maltrato infantil

Condliffe, (2006) hace una valoración crítica frente al papel de la enfermería en la protección de los niños. Expone que la protección de los niños depende de una articulación eficaz entre organismos y profesionales. En este sentido destaca la importancia del papel de la enfermera, subrayando acciones propias de su ejercicio profesional como promoción de la salud y bienestar de los niños, prevención del abuso infantil e identificación temprana, proporción de asesoría y apoyo a los

padres, habilidades para la evaluación del niño de forma adecuada, teniendo así confianza para reportar y derivar a los profesionales pertinentes, asegurando así un trabajo conjunto. (42) Así mismo, Carter (2007) en “Lecciones del pasado, un aprendizaje para el futuro: protección de los niños en la atención primaria”, destaca diferentes aspectos frente al ejercicio de los profesionales de salud respecto al maltrato infantil. Por una parte, los profesionales en salud reconocieron necesidades de formación, deficiencias en el reconocimiento de indicadores clínicos, aspectos legales, protocolos de intervención y coordinación interinstitucional en casos de maltrato infantil.(43) Estos estudios permiten comprender la importancia del papel de los profesionales en salud desde diversos aspectos como la identificación y reporte del maltrato infantil. También se destaca de nuevo, hallazgos que apuntan a barreras del profesional como creencias y falta de conocimientos no sólo en aspectos clínicos del maltrato, sino aquellos relacionados con aspectos legales, protocolos y procesos institucionales.

2.5 clasificación de barreras para la detección y notificación del maltrato infantil según la literatura

La no notificación del maltrato infantil es un problema que afecta a diversos países, situación que se puede dar por diferentes razones. Bunting L y Colaboradores(44), realizan una revisión bibliográfica a nivel internacional centrada en la notificación obligatoria del maltrato infantil para lograr una mayor comprensión del fenómeno. Esta revisión presenta las barreras profesionales para el reporte obligatorio del maltrato infantil, examinando una variedad de profesionales como Enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros y profesionales en medicina.

Las razones relacionadas con la no notificación fue clasificada por los investigadores así: Características del tipo de abuso; características profesionales, actitudes y creencias; y características de la organización, la formación y la educación. Estas barreras serán descritas a continuación.

Barreras relacionadas con: Características del tipo de maltrato infantil

Las características del maltrato infantil resulta un factor clave para la decisión de reporte. Se identifica a la falta de evidencia física, la dificultad en la identificación de signos de maltrato y el testimonio del niño como factores relacionados con la decisión de notificación.

Varios estudios mostraron que según el tipo de maltrato hay una “jerarquía” en las probabilidades de notificación del profesional siendo los casos de abandono los más notificados, seguidos por maltrato físico, abuso sexual, maltrato emocional y negligencia. Estos hallazgos apoyan la idea de que el profesional identifica el maltrato físico como más grave que el maltrato emocional.

Por otra parte, estudios de los años 1980 y 1990, mostraron que la edad del niño influía en la notificación, representando mayor gravedad para el profesional cuando se trataba de niños pequeños, y menos grave cuando eran niños mayores. Estudios más actuales mostraron una débil relación o ninguna relación con estas variables. Algunos estudios mostraron que la etnia de la víctima o el estatus económico pueden influir en la decisión de notificación.

Barreras relacionadas con características profesionales, actitudes y creencias

Uno de los aspectos que se encuentran en estudios realizados es que disminuyen las tendencias de que el profesional notifique conforme sea menor la experiencia laboral de los mismos.

Las mujeres aunque parecen ser menos tolerantes con el maltrato infantil que los hombres, los estudios no revelan diferencias entre el género masculino y femenino a la hora de notificar.

Se encuentra en la revisión bibliográfica que a menor preparación, el tener un cargo administrativo, nunca haber hecho un informe de sospecha de maltrato y creer que la información puede generar problemas para el profesional y/o para el niño hace que sea

más probable la no notificación. La creencia de que la notificación y la intervención podrían empeorar las cosas para el niño también influencia la decisión de notificar.

Otras de las barreras halladas es la oposición de generar la notificación por mantener la confidencialidad o secreto profesional, tener preocupaciones por la relación del profesional y la familia de la víctima, no estar seguros del maltrato, pensar que los problemas de maltrato infantil deberían ser tratados otro profesional como la trabajadora social y las experiencias negativas del profesional con los informes judiciales.

Otras de las creencias y actitudes encontradas en la bibliografía que afectan la notificación del maltrato son:

*La “regla del optimismo” que es la tendencia a creer que las posibles señales de maltrato físico pueden ser resultado de accidentes de la infancia.

*La ambivalencia con respecto al maltrato físico resulta importante: el profesional puede considerar maltrato a los golpes que dejan secuelas como moretones, mientras muy pocos consideraría a las nalgadas como maltrato.

*Aquellos profesionales que aprueban la disciplina física son menos propensos a notificar.

*Temer a equivocarse en el reporte de maltrato.

*Vacilar en la realización de preguntas a los pacientes frente al maltrato infantil.

*Necesidad de permanecer en el anonimato.

Barreras relacionadas con las características de la organización, formación y educación

La revisión bibliográfica encuentra un apoyo importante en la literatura acerca la necesidad de capacitación del profesional para aumentar la notificación de maltrato infantil.

En cuanto a las características de la organización, es importante destacar que el estudio no hace directa referencia a organizaciones hospitalarias, sino a las escuelas. En donde variables como: un número grande de profesores, una escuela caótica y sin historia de reporte de maltrato infantil, aumenta la probabilidad de no notificación en sus profesores.

Otros estudios señalan que para disminuir las barreras organizacionales - referidas a hospitales- frente a la detección y notificación del maltrato infantil, la dirección de los hospitales debería crear oportunidades de formación adecuadas para su personal, así como nombrar una persona abanderada en temas de maltrato infantil, que permita mejorar la detección del maltrato. También se hace necesario dentro de la organización la implementación de protocolos e instrumentos para la detección de maltrato infantil que hayan sido validados (45)(46).

2.5.1. Clasificación de Barreras para la detección y notificación del maltrato infantil en la investigación

Para esta investigación se hace necesario agrupar el tipo de barreras encontradas en la literatura para la detección y notificación del maltrato infantil. Para lo cual se tendrá en cuenta, por una parte la agrupación teórica hecha por Bunting L y Colaboradores(44) y la guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano (47). Las barreras que conforman los grupos son resultado del marco teórico y la búsqueda de antecedentes acerca de las barreras para la detección y notificación del maltrato infantil.

Se entenderá como barrera los factores que impiden total o parcialmente, que en la consulta de crecimiento y desarrollo se detecte e identifique el maltrato infantil.

2.5.1.1. Tipos de barreras: De acuerdo a la detección de barreras de la guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano se distinguen dos tipos de barreras: Barreras externas e internas (47).

Barreras internas:

Factores individuales (44):

- Conocimientos
- Actitudes y creencias
- Características personales

Barreras externas:

Factores relacionados con el ambiente (Organización y estructura)(44)(47):

- Falta de conocimiento de los protocolos de maltrato infantil.
- Contenido de los Formatos utilizados en la consulta de crecimiento y desarrollo frente a la prevención, detección y notificación del maltrato infantil.
- Falta de tiempo y sobre carga laboral.
- Falta de capacitación en la prevención y detección del maltrato infantil.
- Falta de trabajo en equipo.

3. MARCO LEGAL

A continuación se relacionan las principales leyes vigentes relacionadas con los derechos de los niños en el país. La Constitución Política de Colombia como ley máxima, busca la protección de la niñez Colombiana por medio del artículo 44 el cual establece:

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.”(48)

Así mismo la ley 1098 de 2006 por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia busca garantizar a los niños, niñas y adolescentes su pleno desarrollo, brindar protección integral y garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades como se consagra en la Constitución Política y en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, como lo afirma su artículo primero y segundo.

En cuanto al maltrato infantil este código dispone en el Artículo 18:

“Derecho a la integridad personal. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra

el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.”

En cuanto a las obligaciones especiales del sistema de Seguridad Social en Salud frente al maltrato infantil declara en el artículo 46, numeral 10:

“Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima”(3)

Para efectos del objeto de estudio de investigación es relevante nombrar la resolución 412 del 2000, en la cual se establecen *“las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”*(49)

Esta resolución 412 en su tomo I Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública desarrolla la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, la cual será tomada en cuenta en el desarrollo del estudio en cuanto a sus objetivos, instrumentos e insumos necesarios para el desarrollo de la consulta de crecimiento y desarrollo.

Esta misma resolución, desarrolla la guía de atención al menor maltratado en la cual se expresa la necesidad del trabajo del sector salud en la promoción del buen trato, prevención, detección y atención del maltrato infantil. Sumado a ello la notificación y denuncia de casos que se conozca, de forma que se mantenga un sistema de vigilancia en salud pública que permita la orientación de las intervenciones. (39)

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio es clasificado como una investigación de riesgo mínimo, de acuerdo con el título II, artículo 11 de la resolución No 008430 del Ministerio de salud de Colombia.

El cuestionario será auto-administrado, y confidencial.

Considerando que este estudio podría afectar la imagen institucional, se guardará el anonimato de la institución en la que se realizará el estudio.

Se realizará el consentimiento informado según los artículos 14 y 15 del capítulo II de la Resolución 008230 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en respeto del principio de autonomía.

Se referenciará a los autores citados y consultados por esta investigación en busca del respeto a la propiedad intelectual.

En el proceso de consentimiento informado se explicará a los posibles participantes los objetivos del proyecto, la manera como participarán y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento; es decir, aclarando que la firma del consentimiento no impide que puedan retirarse del estudio no respondiendo el cuestionario que se les entregaría. De igual forma se explicará a los participantes por medio del consentimiento informado que los datos del estudio tienen fines académicos y será información anónima y confidencial.

La investigación será auditada con el fin de contar con rigor científico que aporte a la validez científica del trabajo.

Los resultados de la investigación serán difundidos a la comunidad académica y al personal de la institución en la cual se realizará el estudio atendiendo a la responsabilidad que tiene todo científico de presentar a la comunidad científica los hallazgos de sus investigaciones. En este mismo sentido, se busca publicar un artículo resultado de la investigación, en una revista científica.

El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la institución en la que se realizó el estudio, de igual forma fue aprobado sin modificaciones el protocolo de investigación por el comité académico de la Universidad El Bosque.

5. PROPUESTA METODOLÓGICA

5.1. Tipo de estudio

Este es un estudio de abordaje cuantitativo, de diseño transeccional descriptivo. El estudio descriptivo busca especificar propiedades, características, y los perfiles de las personas, situaciones que se someten al análisis del estudio. Este tipo de estudios permiten mostrar los ángulos y dimensiones de la situación a estudiar. (7)

5.2. Variables

OBJETIVO GENERAL	VARIABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN	INDICADORES	Cuestionario
<i>Barrera Interna</i>				Preguntas del cuestionario
*Factores Individuales	Conocimientos	Enfermeros/as y médicos que realizan consulta de crecimiento y desarrollo.	<p>Nombre del indicador: Conocimientos de los profesionales acerca de la detección y notificación de maltrato infantil.</p> <p>Medición: Se realizarán preguntas a los profesionales acerca de conocimientos relacionados con la detección y notificación del maltrato infantil.</p> <p>Análisis: Distribución porcentual de las respuestas obtenidas a cada una de las preguntas.</p>	<p>8. Durante la inducción a su cargo, ¿Recibió capacitación para la consulta de Crecimiento y Desarrollo?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Sí ¿Sobre qué temas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>9. ¿Usted ha recibido formación sobre la detección de maltrato infantil?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. Si su respuesta es sí a la pregunta anterior, ¿En dónde recibió esta formación?</p> <p>*Puede marcar varias opciones</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Pregrado b. <input type="checkbox"/> Posgrado c. <input type="checkbox"/> En la institución en la que trabaja</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Otros ¿cuál?</p> <p>_____</p> <p>11. ¿Qué tipos de maltrato infantil conoce?</p> <p>12. El maltrato infantil intrafamiliar es ejercido principalmente por:</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Tío/a</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Papá/ Mamá</p>

				<p>c. <input type="checkbox"/> Abuelo/a</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Otros familiares</p> <p>13. Son indicadores de maltrato físico infantil potencial o activo: *Marque la o las opciones que considere correctas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Las historias contradictorias de los padres o cuidadores frente a una lesión física en el niño.</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Padres que se muestran complacientes y con pocos límites en la crianza de su hijo/a.</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Hematomas y/o heridas en el niño/a ubicadas rostro, labios, boca, orejas, encías y ojos.</p> <p>d. <input type="checkbox"/> El niño se muestra extremadamente cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos.</p> <p>e. <input type="checkbox"/> El padre o madre fueron víctimas de maltrato físico en la infancia</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Hematomas y/o Heridas en el niño ubicadas en rodillas, codos, mentón y espinillas.</p> <p>g. <input type="checkbox"/> Quemaduras en el niño con bordes definidos, en forma de guante o calcetín de simetría bilateral.</p> <p>h. <input type="checkbox"/> El cuidador narra de forma extremadamente detallada cómo se produjo una lesión física en el niño/a cuando se le pregunta por la misma.</p> <p>14. Según las leyes Colombianas es de notificación obligatoria los siguientes tipos de maltrato infantil: *Marque la o las opciones que considere correctas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Maltrato físico</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Abuso sexual</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Maltrato emocional o psicológico</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Maltrato por negligencia</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Todas las anteriores</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores</p> <p>15. Son indicadores de abuso sexual infantil potencial o</p>
--	--	--	--	--

				<p>activo:</p> <p>*Marque la o las opciones que considere correctas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> El niño/a evita a las personas del sexo opuesto y prefiriere la compañía de un grupo de amigos del mismo sexo.</p> <p>b. <input type="checkbox"/> El niño/a presenta desórdenes funcionales como problemas del sueño, enuresis, encopresis, desórdenes del apetito.</p> <p>c. <input type="checkbox"/> El niño/a Manifiesta conductas o conocimientos sexuales inapropiados, sofisticados o inusuales para su edad.</p> <p>d. <input type="checkbox"/> El niño/a muestra especial importancia por su apariencia física.</p> <p>e. <input type="checkbox"/> El niño/a muestra dificultad para caminar o sentarse.</p> <p>16. Son indicadores de maltrato emocional o psicológico infantil potencial o activo:</p> <p>*Marque la o las opciones que considere correctas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Dificultades y/o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo del niño/a.</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Niño/a extrovertido y pobre interés académico.</p> <p>c. <input type="checkbox"/> El niño es testigo de violencia conyugal.</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Labilidad afectiva en el niño/a y trastornos del comportamiento.</p> <p>17. Son indicadores de maltrato infantil por negligencia</p> <p>*Marque la o las opciones que considere correctas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Detención o retraso en el crecimiento del niño/a sin causa orgánica.</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Pocas ganas del niño/a de asistir al colegio u otras actividades propias de su edad.</p> <p>c. <input type="checkbox"/> El niño/a se observa con ropa sucia e inadecuada para las condiciones climáticas.</p> <p>d. <input type="checkbox"/> El niño/a muestra poco interés para relacionarse</p>
--	--	--	--	---

				<p>con otros niños de su edad.</p> <p>24. ¿Conoce la ficha para la notificación del maltrato infantil o SIVIM en su lugar de trabajo? – Institución en donde se encuentra realizando esta encuesta- a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p> <p>30. ¿Conoce el diagrama o ruta de atención institucional para las situaciones de maltrato infantil? a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p> <p>32. ¿Notificar el maltrato infantil implica involucramiento legal? a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p>
	Actitudes	Enfermeros/as y médicos que realizan consulta de crecimiento y desarrollo.	<p>Nombre del indicador: Actitudes de los profesionales frente a la detección y notificación del maltrato infantil.</p> <p>Medición: Se realizarán preguntas a los profesionales que realizan la consulta de crecimiento y desarrollo acerca de sus actitudes relacionadas con la detección y notificación del maltrato infantil.</p> <p>Análisis: Distribución porcentual de las opciones de respuesta a cada una de las preguntas formuladas.</p>	<p>18. En su opinión: los profesionales de la salud no deberían involucrarse en la manera en que los padres educan y cuidan a sus hijos.</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo b. <input type="checkbox"/> De acuerdo c. <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo d. <input type="checkbox"/> En desacuerdo e. <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p> <p>19. En su opinión: Solo se debería considerar maltrato cuando este busca generar daño en el niño/a</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo b. <input type="checkbox"/> De acuerdo c. <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo d. <input type="checkbox"/> En desacuerdo e. <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p> <p>20. En su opinión: Es competencia del profesional de salud</p>

				<p>intervenir en casos de maltrato infantil</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo b. <input type="checkbox"/> De acuerdo c. <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo d. <input type="checkbox"/> En desacuerdo e. <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p> <p>31. ¿Confía en las instituciones de protección infantil que conoce? <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p>
Prácticas	Enfermeros/as y médicos que realizan consulta de crecimiento y desarrollo.	<p>Nombre del indicador: Prácticas de los profesionales frente a la detección y notificación del maltrato.</p> <p>Medición: Se realizarán preguntas a los profesionales que realizan la consulta de crecimiento y desarrollo acerca de las prácticas relacionadas con la detección y notificación del maltrato infantil.</p> <p>Análisis: Distribución porcentual de las opciones de respuesta a cada una de las preguntas formuladas.</p>	<p>Cuestionario</p> <p>23. En la consulta de crecimiento y desarrollo usted con qué frecuencia le pregunta a los padres sobre la forma en que estos corrigen a sus hijos?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Siempre b. <input type="checkbox"/> Frecuentemente c. <input type="checkbox"/> Muy pocas veces d. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>26. ¿Con qué frecuencia ha detectado casos de maltrato infantil en la consulta de Crecimiento y Desarrollo?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Siempre b. <input type="checkbox"/> Frecuentemente c. <input type="checkbox"/> Muy pocas veces d. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>27. Si usted ha detectado maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo, ¿Cómo ha detectado el maltrato?</p> <p>*Relato de la propia víctima/ Relato de un pariente o vecino de la víctima/</p>	

				<p>28. ¿Los casos del maltrato que usted identificó los notificó?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Siempre</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Muy pocas veces</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>29. Nombre las principales razones para no notificar el maltrato infantil (En los casos en los que no haya notificado el maltrato)</p> <p>40. ¿Cuál es la principal dificultad que usted encuentra en su práctica para realizar la detección y notificación de maltrato infantil en la Consulta de Crecimiento y Desarrollo?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Falta de conocimiento/ capacitación sobre maltrato infantil</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Miedo a verse envuelto en procesos legales</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Falta de protección al profesional que notifica</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?</p>
	Creencias	Enfermeros/as y médicos que realizan consulta de crecimiento y desarrollo.	<p>Nombre del indicador: Creencias de los profesionales relacionadas con maltrato infantil.</p> <p>Medición: Se realizarán preguntas a los profesionales que realizan la consulta de crecimiento y desarrollo acerca sus creencias frente al maltrato infantil.</p> <p>Análisis: Distribución porcentual de las opciones</p>	<p>Cuestionario</p> <p>21. En su opinión: No todo golpe es una forma de maltrato infantil, sino una forma de disciplinar a los niños/as</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p>b. <input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>d. <input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p> <p>22. El maltrato infantil se asocia a situaciones de pobreza y rara vez se da en familias de estratos medio-alto</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p>

			de respuesta a cada una de las preguntas formuladas.	<p>b. <input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>d. <input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p> <p>35. ¿Cree que hay ventajas en realizar la notificación de maltrato infantil?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Sí b. <input type="checkbox"/> No</p> <p>36. Si su respuesta a la anterior pregunta es sí, ¿Por qué encuentra ventajas?</p> <p>*Marque la o las opciones que considere correctas</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Mayor acceso a los servicios básicos de salud</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Beneficios para las víctimas de maltrato infantil por la notificación</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Importancia de la notificación para los datos epidemiológicos.</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Otras ¿Cuáles?</p> <p>_____</p> <p>37. Si su respuesta a la pregunta 35 es No, ¿Por qué no encuentra ventajas en la notificación?</p> <p>*Marque la o las opciones que considere correctas</p>
<i>Barrera Externa</i>				
*Factores estructurales	Existencia de Protocolo de intervención en contra del maltrato infantil en la institución	Documental	<p>Nombre del indicador: Protocolo institucional y contenidos.</p> <p>Medición: Se revisarán los documentos institucionales para verificar la existencia de documentos específicos sobre manejo de maltrato.</p>	Ficha de inspección documental

			<p>De existir se consignará la siguiente información(39):</p> <p>a. Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respecto al niño• Respecto a padres y familia• Respecto a circunstancias, situaciones y factores sociales. <p>b. Definición de maltrato y tipos de maltrato:</p> <ul style="list-style-type: none">• físico, psicológico, sexual, descuido <p>c. Indicadores para cada uno de los tipos de maltrato.</p> <p>d. Estrategias metodológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sensibilización y capacitación al personal• Construcción de grupo interdisciplinario• Actividades del grupo interdisciplinario <p>e. Momentos de la</p>	
--	--	--	--	--

		<p>atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema de atención para el maltrato en la niñez: Tipo de maltrato, Observaciones o recomendaciones y conducta del personal: detección, notificación, denuncia, remisión y seguimiento • Flujograma. <p>a. Estrategias de evaluación</p>	
		<p>Análisis: Existencia o no del protocolo y contenido.</p>	
Contenido de formatos	Documental	<p>Nombre del indicador: Preguntas que indagan acerca de maltrato infantil dentro de los formatos usados en la consulta de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Medición: Se observarán los formatos que se usan en la consulta de crecimiento y desarrollo y</p>	<p>Ficha de inspección documental</p> <p>38. ¿Dentro de la consulta de Crecimiento y Desarrollo cuenta con formatos que le permitan identificar maltrato infantil?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál o cuáles?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

			se tendrá en cuenta si estos indagan o no sobre maltrato infantil.	
			Análisis: Existencia o no de preguntas que indagan acerca de maltrato infantil dentro de los formatos usados en la consulta de crecimiento y desarrollo.	
	Ficha de notificación	Documental	Nombre del indicador: Disponibilidad de la ficha de notificación para maltrato infantil.	Ficha de inspección documental/cuestionario
			Medición: Se verificará la disponibilidad de la ficha de notificación y se preguntará al profesional en el cuestionario la disponibilidad de la misma en la consulta de crecimiento y desarrollo.	25. ¿En su unidad de salud, está disponible la ficha para la notificación del maltrato infantil o SIVIM? a. () Si b. () No c. () No sabe
			Análisis: porcentaje de disponibilidad de la ficha de notificación.	
<i>Barreta Externa</i>				
*Factores Organizacionales	Tiempo de consulta	Enfermeros/as y médicos que realizan consulta de crecimiento y desarrollo.	Nombre del indicador: Porcentaje de profesionales que realizan la consulta de crecimiento y desarrollo que	Cuestionario: 39. ¿Cuenta con tiempo dentro de la consulta de Crecimiento y desarrollo para indagar aspectos relacionados con la forma de corregir de los padres a su hijo/a?

		<p>consideran el tiempo de consulta de crecimiento y desarrollo adecuado para desarrollar sus actividades incluyendo la detección de maltrato infantil.</p> <p>Medición: Se preguntará al profesional que realiza la consulta de crecimiento y desarrollo si cuenta con el tiempo necesario para desarrollar sus actividades incluyendo la detección de maltrato infantil.</p> <p>Análisis: Porcentaje de profesionales que responden tener suficiente tiempo para desarrollar sus actividades incluyendo la detección de maltrato infantil.</p>	<p>a. <input type="checkbox"/> Sí b. <input type="checkbox"/> No</p>
Capacitaciones que recibe el profesional frente al maltrato infantil	Enfermeros/as y médicos que realizan consulta de crecimiento y desarrollo y registros hospitalarios.	<p>Nombre del indicador: Capacitación recibida por los profesionales en cuanto a la detección y notificación de maltrato infantil por parte de la institución.</p> <p>Medición: Se preguntará al profesional que realiza la consulta de crecimiento</p>	<p>Cuestionario:</p> <p>8. Durante la inducción a su cargo, ¿Recibió capacitación para la consulta de Crecimiento y Desarrollo?</p> <p>c. <input type="checkbox"/> No d. <input type="checkbox"/> Sí ¿Sobre qué temas? _____</p> <p>9. ¿Usted ha recibido formación sobre la detección de maltrato infantil?</p>

			<p>y desarrollo si ha recibido capacitaciones frente a la detección y notificación de maltrato infantil dentro de la institución. Por otra parte esta información de verificará con los registros de la institución.</p> <p>Análisis: Porcentaje de profesionales que ha recibido capacitaciones frente a la detección y notificación de maltrato infantil dentro de la institución.</p>	<p>b. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. Si su respuesta es sí a la pregunta anterior, ¿En dónde recibió esta formación? *Puede marcar varias opciones</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Pregrado b. <input type="checkbox"/> Posgrado c. <input type="checkbox"/> En la institución en la que trabaja d. <input type="checkbox"/> Otros ¿cuál? _____</p> <p>33. ¿Usted ha recibido formación sobre la detección de maltrato infantil?</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No</p> <p>34. Si su respuesta es sí a la pregunta anterior, ¿En dónde recibió esta formación? *Puede marcar varias opciones</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Pregrado b. <input type="checkbox"/> Posgrado c. <input type="checkbox"/> En la institución en la que trabaja d. <input type="checkbox"/> Otros ¿cuál? _____</p>
--	--	--	---	---

Definición Variables

Conocimiento: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (50)

Actitud: Tendencia o predisposición relativamente duradera para evaluar de un determinado modo a una persona, suceso o situación a partir de los significados que se les da y a actuar en consonancia con esta evaluación. Comprende una orientación social en términos de una respuesta favorable o desfavorable que se manifiestan a través de contenidos cognoscitivos, afectivos y de comportamiento comunicables de manera verbal y no verbal.(50)

Práctica: Ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas. (51)

Creencia: Tener algo por cierto sin conocerlo de manera directa o sin que esté comprobado o demostrado (52)

Protocolo: Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc. (53)

Acorde a las 40 preguntas hechas a los entrevistados se define el conjunto de variables que serán utilizadas en el análisis. La naturaleza de estas variables puede ser vista en la *tabla 1*

Naturaleza de la variable	Pregunta Asociada
Cualitativas Nominales	P1; P3-P6; P8-P10; P12- P17; P24; P25; P30 - P40
Cualitativas Ordinales	P7;
Cualitativas ordinales - escala Likert 5 niveles	P18- P22
Cualitativas ordinales - escala Likert 4 niveles	P23; P26 - P28
Cuantitativas	P2
Abiertas	P11; P29

Tabla 1. Naturaleza de las variables asociadas a las preguntas del cuestionario

5.3 Unidad de observación

Esta investigación se desarrolló en las unidades primarias de atención (UPA) en una Unidad de servicios de salud de una subred de Bogotá. Esta Unidad de Salud cuenta con 18 Unidades primarias de atención que realizan consulta de Crecimiento y Desarrollo.

Criterios de inclusión

- a. El profesional lleva más de un año realizando la consulta de Crecimiento y Desarrollo.

Criterio de exclusión

- a. El profesional que desarrolle labores de liderazgo o capacitación de temas relacionados con maltrato infantil dentro o fuera de la institución no podrá participar en el estudio.

5.4 Recolección de datos

5.4.1. Instrumentos

El instrumento que se usó para la recolección de datos fue un cuestionario diseñado a partir de los utilizados en otros estudios (5) y algunas preguntas fueron construidas de acuerdo a la revisión teórica. También se usó una ficha de inspección documental.

Cuestionario

El cuestionario en la primera parte aborda los datos socio-demográficos, en el cual se incluye edad, sexo, estado civil, estudios de posgrado. Posteriormente se exploran los aspectos relacionados con barreras internas y externas para la detección y notificación del maltrato infantil. El cuestionario cuenta con 40 preguntas y se sometió a evaluación de expertos temáticos y posteriormente se realizó prueba piloto lo que permitió ajustar el cuestionario y realizar los ajustes necesarios. (Ver Anexo 1)

La evaluación de expertos temáticos se realiza con el fin de evaluar la validez del contenido del cuestionario (7). Ésta fue hecha por 4 profesionales: Un médico pediatra experto en maltrato infantil, una enfermera con doctorado en Salud Pública, cuyo eje de trabajo es el

maltrato intrafamiliar, un médico forense con experiencia en la evaluación de niños víctimas de abuso sexual y violencia intrafamiliar y una médica psiquiatra experta en temas relacionados con maltrato infantil. Los ajustes sugeridos fueron alrededor de tres puntos.

1. Ajustar el cuestionario a las preguntas sugeridas por la guía AIEPI sobre maltrato infantil.
2. Realizar el mismo número de preguntas frente a todos los tipos de maltrato, esto relacionado con los indicadores de maltrato.
3. Ajustes a algunas preguntas y opciones de respuestas del cuestionario inicial.

Ficha de inspección documental

Se utilizó una ficha de inspección documental elaborada por la investigadora. Esta ficha permitió recoger sistemática y ordenadamente la información requerida para identificar las barreras externas estructurales y organizacionales a las que ya se ha hecho referencia.

5.4.2. Recolección de Datos

Se solicitó una cita con el subdirector científico de la institución para realizar una presentación del proyecto de investigación, y posterior entrega de un resumen escrito del protocolo. Para recolectar los datos se coordinó con diversos líderes de la Unidad de servicios de salud de la subred. La investigadora visitó la totalidad de las UPAS, y se suministró el cuestionario junto con el consentimiento informado a los profesionales para su auto-diligenciamiento.

5.5. Población

Profesionales que realizan consulta de crecimiento y desarrollo en las Unidades de Atención primaria de una unidad de servicios de salud de una subred en Bogotá. El estudio se realizó al total de los profesionales de la institución, para un total de 39 personas. No se tuvieron en cuenta 6 cuestionarios, ya que no cumplían con el criterio de inclusión.

a. Procesamiento de la información

El tratamiento estadístico se concentró en medidas descriptivas, porcentaje y frecuencias relativas. Los datos recolectados corresponden a la población

que se desea observar, por lo tanto, las proporciones corresponden en sí mismas al parámetro poblacional. Técnicas de análisis descriptivo y análisis multivariado, en particular análisis de correspondencias múltiples, fueron aplicadas con el fin de reducir la dimensionalidad, sin embargo, la cantidad de observaciones (39) son insuficientes para poder reducir la dimensionalidad de una cantidad de variables tan grande ya que por cada n categorías de una variable es necesaria la creación de $n-1$ variables con lo cual los grados de libertad y en sí mismo el análisis se ve afectado.

Para las variables con escala de Likert se aplicó técnicas de análisis de ítem, sin embargo, dado que muchas de las personas tuvieron los mismos patrones de respuesta los parámetros del modelo ajustado fueron imprecisos y en algunos ítems no se logró la convergencia por lo cual no se presentó en el documento para evitar ruido y distraer al lector con conclusiones que pueden ser obtenidas directamente desde el análisis descriptivo de los datos.

b. Plan de análisis de datos

Captura de los datos: Excel, Procesamiento y análisis: R Core Team

6. RESULTADOS

La encuesta fue aplicada a un total de 39 personas, 14 mujeres (35.9%) con una edad promedio de 49 años y 25 hombres (64.1%) con una edad promedio de 52 años. De estas, el 56.4% son casados, el 15.4% solteros y el 17.9% unión libre.

El 89.7% de los encuestados tiene hijos y el 74.4% cuenta con la carrera profesional finalizada. El 48.7% no cuenta con formación de postgrado, el 41.2% cuenta con grado de especialización, el 5.12% cuenta con nivel de maestría y el 5.12 cuenta con un grado tanto de especialización como de maestría. Las especializaciones y estudios de postgrado son realizados en diversas áreas de la salud y de las ciencias administrativas; (gerencia, administración, auditoría), docencia y ramas específicas de la medicina.

En cuanto a la experiencia laboral en la consulta de crecimiento y desarrollo se encontró que de los profesionales encuestados el 10.3% cuentan con experiencia entre cinco y diez años, 2.6% con experiencia de entre uno y diez años y 87.2% con experiencia específica en el área mayor de diez años.

A continuación se presentan los resultados de la investigación registrando la información que permite cumplir con cada uno de los objetivos específicos propuestos.

6.1. Barreras Internas

6.1.1 Conocimientos

Se encontró que el tipo de maltrato infantil más conocido y registrado por los participantes es el maltrato físico, nombrado por 38 de los 39 profesionales encuestados. Estos resultados pueden ser observados en la *Tabla 2*.

Tipo de Maltrato	Frecuencia	Porcentaje
ABUSO	5	3.20%
ACTIVO	1	0.60%
BIOSICOSOCIAL	1	0.60%
ESCOLAR	1	0.60%
FÍSICO	38	24.10%
FAMILIAR	1	0.60%
FORMACIÓN	1	0.60%
INTRAFAMILIAR	1	0.60%
SEXUAL	27	17.10%
TRAUMA	3	1.90%
SOCIAL	1	0.60%
VIOLENCIA	1	0.60%
Maltrato psicológico	42	26.70%
Maltrato por abandono	35	22.20%
Total	158	100.00%

Tabla 2. Respuestas de los profesionales a la pregunta: ¿Qué tipos de maltrato conoce?

A la pregunta: El maltrato infantil es ejercido principalmente por tío/tía, papá/mamá, abuelo/abuela u otros familiares, se encontró que de los 39 profesionales entrevistados, 92.3% respondieron papá/mamá, 2.6% otros familiares y 2.6% el tío/tía. Los indicadores de maltrato físico infantil potencial o activo identificados por los encuestados incluyen en su mayoría el hecho de encontrarse con historias contradictorias de los padres o cuidadores frente a una lesión física en el niño, la opción de respuesta que fue seleccionada por el 89.7% de los profesionales encuestados. La segunda opción de respuesta seleccionada fue que el niño se encuentre extremadamente cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos con un 79.5% de respuestas a este ítem. El indicador señalado en menor número de ocasiones corresponde con el hecho de que los padres se muestren complacientes y con pocos límites en la crianza de su hijo con un 30,8%. La información obtenida se presenta a modo de resumen en el gráfico 1.

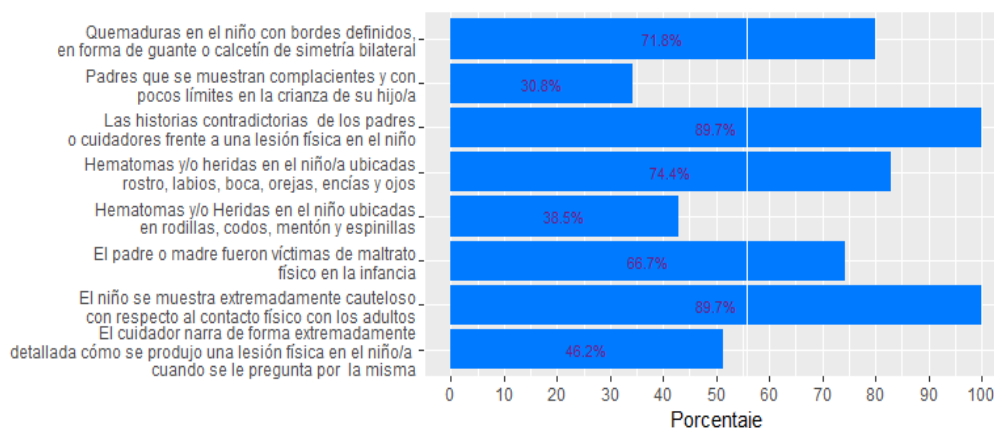


Gráfico 1. Indicadores de maltrato físico. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de maltrato físico.

Cuando se les preguntó a los profesionales encuestados acerca de si según las leyes colombianas es de notificación obligatoria alguno de los tipos de maltrato infantil expuestos, se encontró que el 38 de los 39 profesionales encuestados considera que es de notificación obligatoria el maltrato físico, el abuso sexual, el maltrato emocional o psicológico y el maltrato por negligencia. Solo uno de los profesionales indicó que el maltrato emocional no es de notificación obligatoria.

En la pregunta acerca de los indicadores de abuso sexual infantil potencial o activo. Se encontró que el 89.7% de los profesionales reconoce como indicador de abuso sexual infantil conductas o conocimientos sexuales inapropiados, sofisticados o inusuales para su edad. Por otro lado, el indicador de que el niño/niña muestra especial importancia por su apariencia física fue seleccionado por el 5.1% de los profesionales encuestados. La

información porcentual de cada uno de los indicadores, es presentado en el

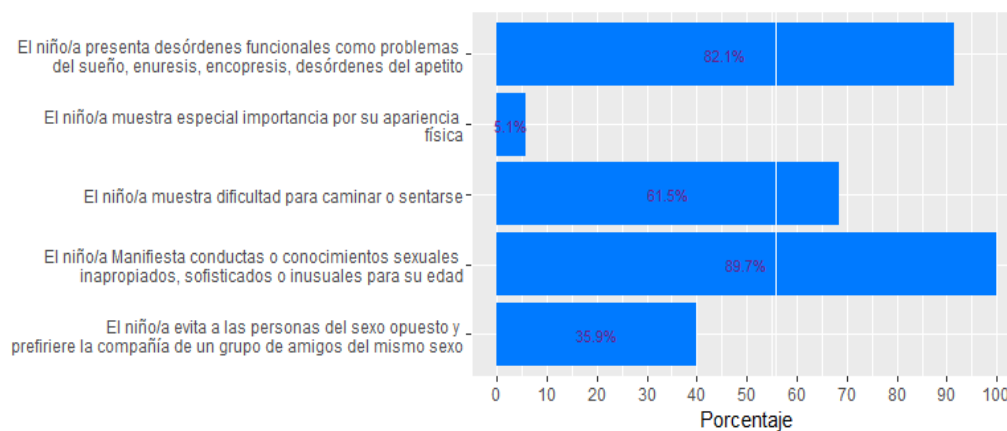


Gráfico 2.

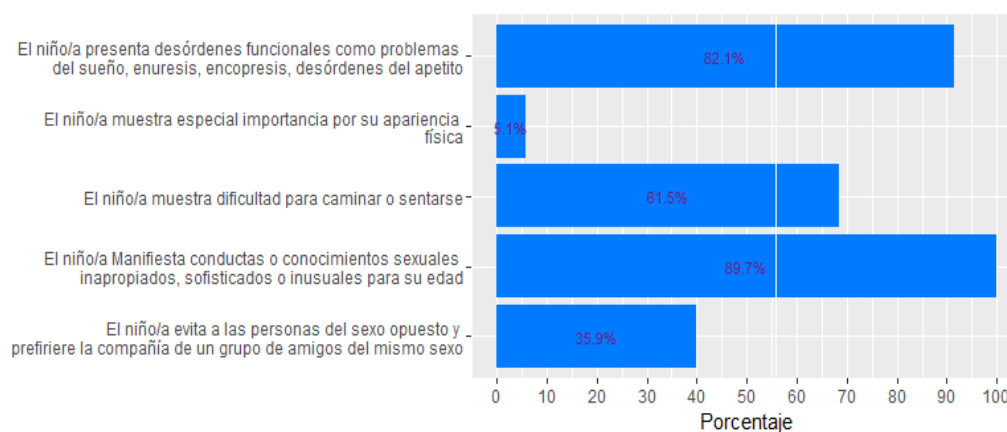


Gráfico 2. Indicadores de abuso sexual. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de abuso sexual.

Los resultados a la pregunta relacionada con indicadores de maltrato emocional o psicológico infantil potencial o activo muestra que el 92.3% de los profesionales consideran la labilidad afectiva en el niño/niña y trastornos del comportamiento como un indicador de maltrato emocional. Por otro lado se encontró que solo un 28.2% de los profesionales considera que si el niño es extrovertido y muestra un pobre interés académico es un indicador de maltrato emocional o psicológico.

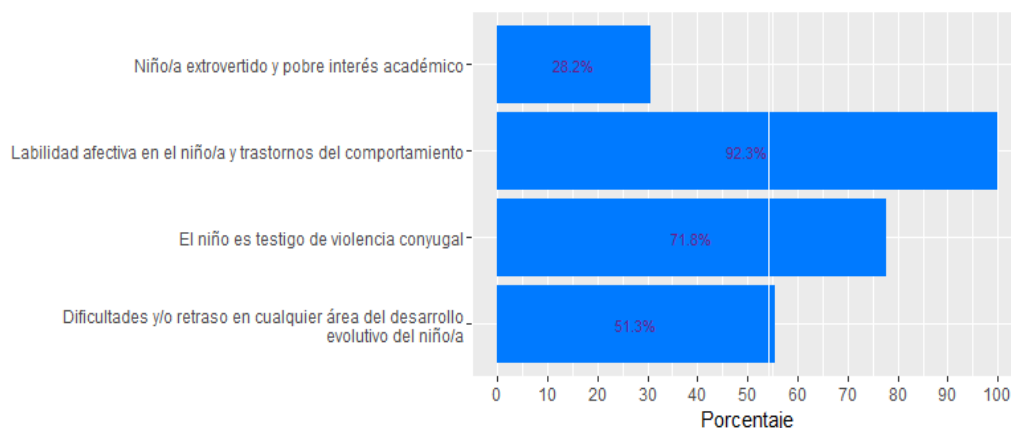


Gráfico 3. Indicadores de maltrato emocional o psicológico infantil. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de maltrato emocional.

Otro de los indicadores de maltrato indagados es el maltrato infantil por negligencia. El indicador de si el niño/niña se observa con ropa sucia e inadecuada para las condiciones climáticas fue identificado como un indicador de negligencia por el 87.2% de los profesionales encuestados. El indicador que fue identificado en menos ocasiones por los profesionales es que el niño muestre poco interés para relacionarse con otros niños de su edad. Esta información junto con la de los demás indicadores preguntados se encuentra en el Gráfico 4.

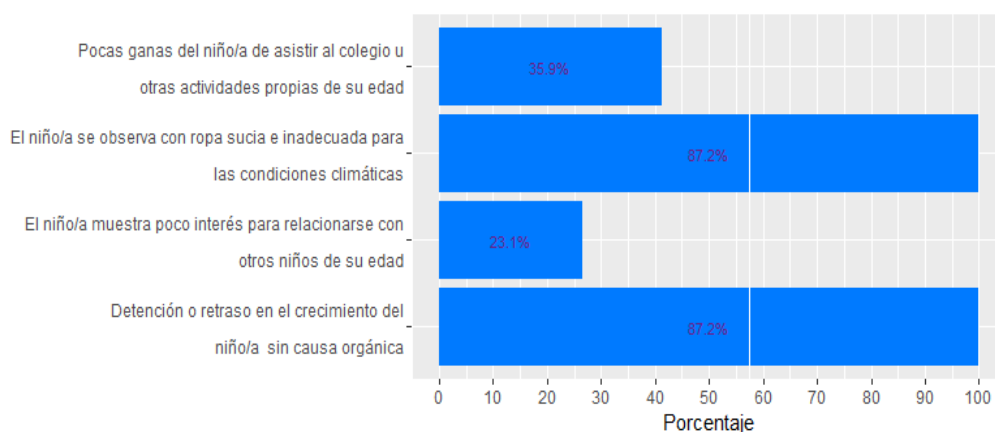


Gráfico 4. Indicadores de maltrato infantil por negligencia. Porcentaje de profesionales que considera cada una de las categorías presentadas como un indicador correcto de maltrato por negligencia.

De los 39 profesionales encuestados, 38 afirman conocer la ficha para notificación de maltrato infantil o SIVIM en su lugar de trabajo. Se encontró además que de los 39

encuestados, 30 conocen el diagrama de ruta o atención institucional para las situaciones de maltrato infantil. A la pregunta, ¿Notificar el maltrato infantil implica involucramiento legal? El 54% de los profesionales afirma que no hay involucramiento legal, el 41% considera que si hay un involucramiento legal y un 5% restante no respondió a dicho cuestionamiento.

De las 9 personas que no conocen la ruta de atención institucional para las situaciones de maltrato infantil, 4 consideran que no existe involucramiento legal y 5 consideran que sí. De las personas que conocen la ruta de atención institucional se encontró que 17 no consideran que exista un involucramiento legal y 11 consideran que no existe involucramiento legal.

6.1.3 Actitudes

A continuación, se presentan los resultados más importantes de las preguntas que se relacionan con las actitudes. Las tres primeras preguntas referidas a las actitudes son: En su opinión: los profesionales de la salud no deberían involucrarse en la manera en que los padres educan y cuidan a sus hijos; En su opinión: sólo se debería considerar maltrato cuando este busca generar daño en el niño/ay En su opinión: Es competencia del profesional de salud intervenir en casos de maltrato infantil. El 87.2% de los profesionales entrevistados están en desacuerdo o muy en desacuerdo con que solo se debería considerar maltrato cuando este busca generar maltrato en el niño. El 84.6% se mostró en desacuerdo o muy en desacuerdo con que los profesionales de la salud no deberían involucrarse en la manera en que los padres educan y cuidan a sus hijos. Además, el 61.5% respondió que se encontraba muy de acuerdo con la afirmación de que es competencia del profesional de la salud intervenir en casos de maltrato infantil.

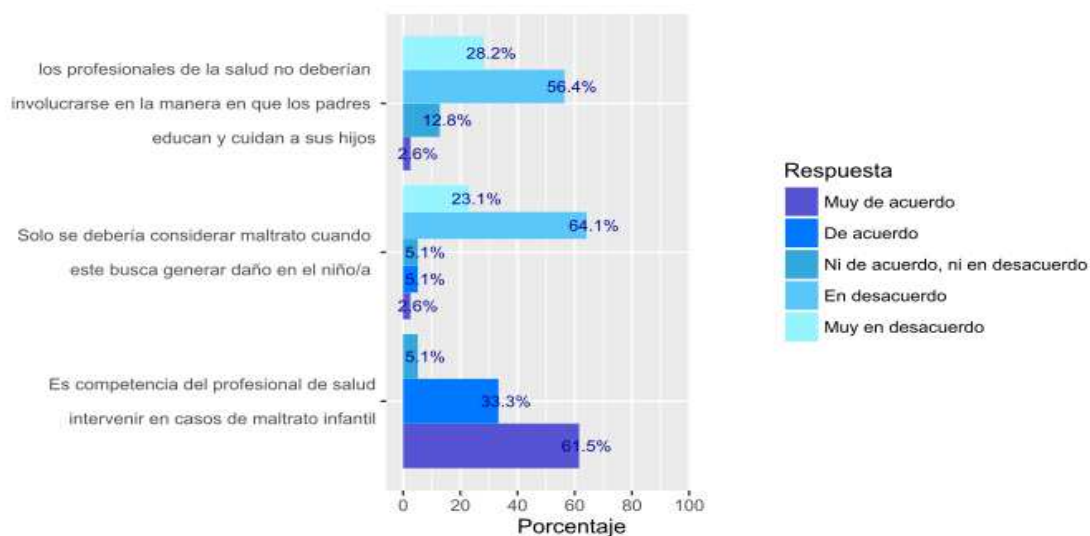


Gráfico 5. Porcentaje de profesionales que respondieron a cada una de las categorías asociadas a las preguntas relacionadas con las actitudes de los profesionales encuestados.

A la pregunta ¿Confía en las instituciones de protección infantil que conoce?, 14 de los 39 profesionales (35%) NO confía en las instituciones de protección infantil y 23 de los 39 profesionales encuestados afirma confiar en las instituciones de protección infantil que conocen.

6.1.4. Prácticas

La primera pregunta analizada en la práctica de los profesionales es: En la consulta de crecimiento y desarrollo usted con qué frecuencia le pregunta a los padres sobre la forma en que estos corrigen a sus hijos, se encontró que de los profesionales encuestados, el 69.2% pregunta en la consulta de crecimiento y desarrollo la forma en la que los padres corrigen a sus hijos siempre o frecuentemente. A la pregunta con qué frecuencia ha detectado casos de maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo, se encontró que un 20.5% de los profesionales encuestados detectó frecuentemente casos de maltrato infantil. Los demás participantes detectaron muy pocas veces o nunca los casos de maltrato infantil. A la pregunta “¿Los casos de maltrato infantil que usted identificó los notificó?” Se encontró que el 76.9% de los profesionales encuestados notificaron siempre los casos que identificaron.

Apenas un 5.12% de los encuestados dice que no notifico nunca o muy pocas veces los casos de maltrato identificados. Estos resultados se encuentran en el Gráfico 6.

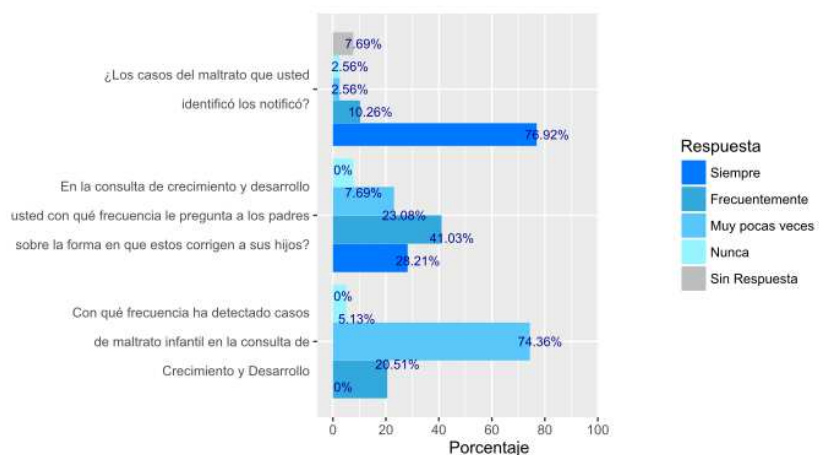


Gráfico 6. Frecuencia con la cual los profesionales realizan alguna de las actividades en mención y sus respectivos porcentajes relativos al total de profesionales encuestados.

La pregunta 27 indaga acerca de las formas de detección del maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo. Se observa que, en la mayoría de casos detectados, la detección se encuentra a través de valoración física siempre o muy frecuentemente con un 64% y por el comportamiento de los niños siempre o frecuentemente en un 54%. Por otro lado, es poco frecuente o nunca se detecta el maltrato a través del relato de un pariente o vecino de la víctima con un 67% o por un relato de la propia víctima en un 62%. Esta información se presenta en el Gráfico 7.

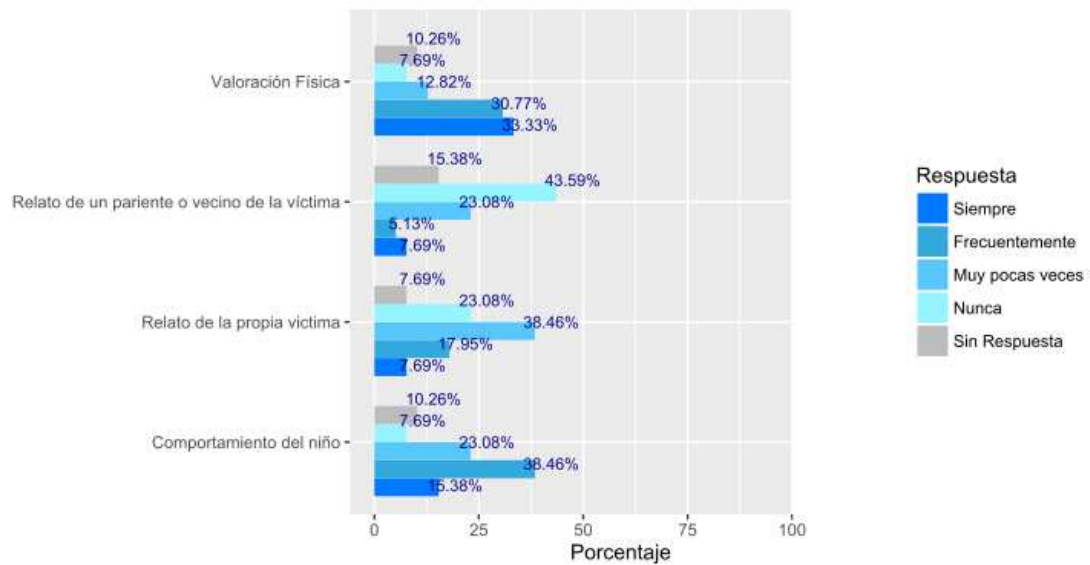


Gráfico 7. Formas de detección del maltrato infantil. Frecuencia con la cual se detecta el maltrato de acuerdo a cada una de las categorías indagadas.

6.1.5. Creencias

Las preguntas 21 y 22 pregunta por la opinión del personal en salud que realizan consulta de Crecimiento y Desarrollo ante las siguientes afirmaciones: No todo golpe es una forma de maltrato infantil, sino una forma de disciplinar a los niños/as y el maltrato infantil se asocia a situaciones de pobreza y rara vez se da en estratos medio – alto. Para las dos preguntas se encontró que la mayoría de los profesionales encuestados respondieron que estaban en desacuerdo o muy en desacuerdo con las afirmaciones hechas.

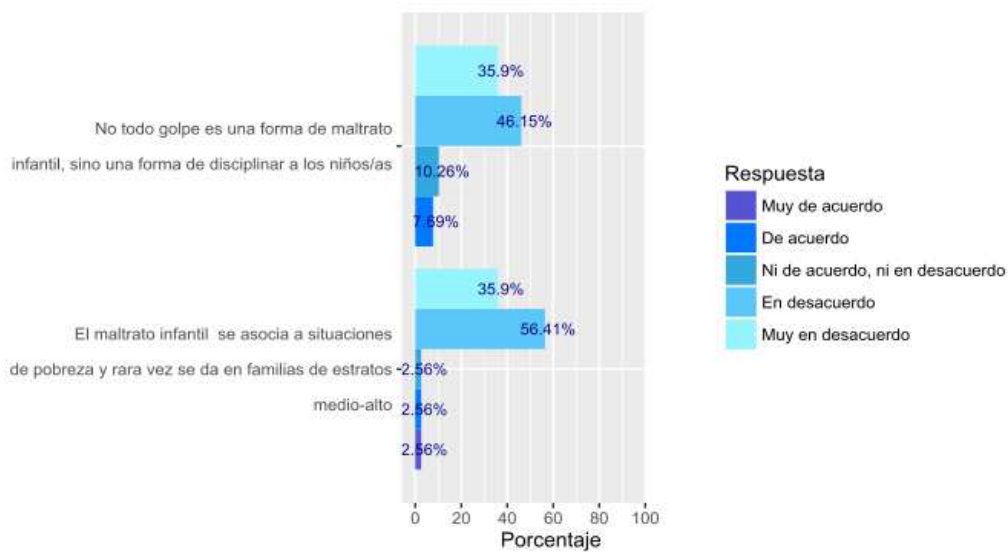


Gráfico 8. Preguntas asociadas a las creencias de los participantes de la encuesta y sus porcentajes de ocurrencia de acuerdo a la categoría indagada.

Se encontró además que ante la pregunta: **¿Cree que hay ventajas en realizar la notificación de maltrato infantil?** 35 de los 39 encuestados considera que existen ventajas en realizar la notificación del maltrato infantil. De los profesionales encuestados que consideran que existen ventajas en la notificación se encontró que el 87.2% considera que la notificación es un beneficio para las víctimas del maltrato infantil. Se observó también que dado que de los profesionales que consideran que es una ventaja la notificación del maltrato infantil apenas el 12.8% considera que ayuda a un mayor acceso a los servicios básicos de salud y un 48,7% cree que es importante para los datos epidemiológicos. De las demás respuestas encontradas está apartar al menor del agresor, contribuir a una mejor calidad de vida para los niños y sus familias y la protección de los derechos del niño. La información más relevante de estas preguntas se encuentra resumida en el gráfico 9.

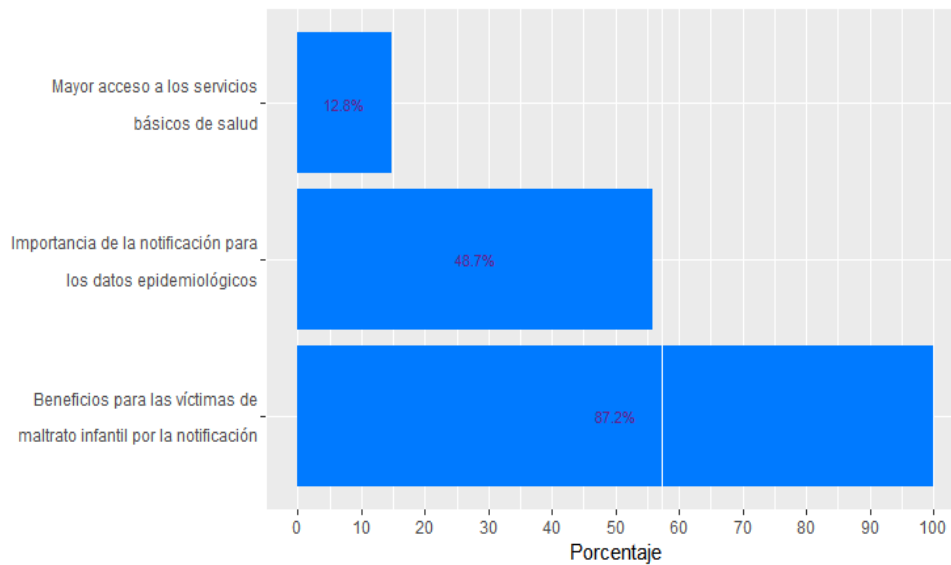


Gráfico 9. Principales beneficios de la notificación reportados por los profesionales de la salud encuestados.

Las principales desventajas de la notificación reportadas es que no hay una estructura en la red de apoyo, no es oportuno ni efectivo en la defensa de los derechos de las víctimas y que no se ve efectividad en lo real. Los encuestados dijeron que los casos notificados quedaron sin la verdadera intervención integral, en ocasiones las intervenciones son desproporcionadas y los seguimientos son incompletos.

La pregunta 29 es: Nombre las principales razones para no notificar el maltrato infantil (En los casos en los que no haya notificado el maltrato). El 71.79% de las personas no respondió nada a esta pregunta, el restante 28.21% respondió las siguientes opciones (las respuestas que se presentan son explícitamente las que respondieron los profesionales encuestados. Cada una de las casillas aparece una única vez en las respuestas)

RAZONES PARA LA NO NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
No siempre se notifica
Cuando los padres o la persona que los traen a la consulta son amenazantes
Violencia sexual, falta de documentación, falta de resultados en el caso
Falta de conocimiento sobre la forma de notificar. Falta de tiempo en la consulta
No es maltrato sino la manera de corregir al niño en el consultorio
No hay razones para no notificar el maltrato infantil.
No se notifican aquellos casos leves, susceptibles de ser corregidos a través de una buena educación en la consulta.
Siempre se han notificado. Que ya han sido notificados por médico en la primera consulta.
Por hacer pactos de cumplimiento con los padres de no repetirse y mejorar las condiciones de cuidado del menor
Temor a la retaliación de los padres, algunos son peligrosos, conocidos por ser delincuentes o farmacodependientes.
No hay razón para no notificar. Si no se notifica se convierte en cómplice

Tabla 3. Respuestas de los profesionales a la pregunta: ¿Cuáles son las principales razones para no notificar el maltrato?

6.2. Análisis de las barreras Externas

6.2.1. Factores estructurales

6.2.1.1 Contenido de los formatos: Cuestionario

A la pregunta **¿Dentro de la consulta de Crecimiento y Desarrollo cuenta con formatos que le permitan identificar maltrato infantil?**, 17 de los 39 profesionales encuestados respondió que no existen formatos para la identificación del maltrato infantil.

6.2.1.2 Contenido de los Formatos: Ficha de inspección documental

Tipo y número de preguntas contenidas en los formatos que indagan acerca de maltrato infantil

PREGUNTAS SOBRE MALTRATO ENCONTRADAS EN LOS FORMATOS USADOS EN LA CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESEARROLLO	OBSERVACIÓN DE FORMATOS USADOS EN LA CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
<p>1. Historia Clínica integral de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de dos meses. Primera vez – medicina</p> <p>Hay una pregunta puntual que dice: Verificar el maltrato: si ___ No ___ Realizar verificación del maltrato diligenciando el formato anexo –Ficha notificación-. Diagnostico.</p> <p>Preguntas en otras áreas que podrían ayudar a detectar maltrato:</p> <p>Biológico: Peso, talla, examen físico, vacunación.</p> <p>Educación al cuidador: Buen trato, pautas de crianza,</p> <p>Antecedentes personales: Embarazo No deseado, Uso de tóxicos, trastornos mentales y maltrato.</p> <p>Antecedentes Familiares: Trastornos mentales, consumo de psicoactivos.</p> <p>Condiciones de vivienda en general.</p>	<p>1. Se observa en la ficha una sola pregunta puntual sobre maltrato. No hay un apartado exclusivo para detección de maltrato infantil, únicamente la pregunta que se cita. Sin embargo hay preguntas en la Historia clínica a nivel biológico, educativo y de antecedentes que podrían ayudar a detectar el maltrato, sin embargo hacen parte de un número importante de preguntas que el profesional debe realizar durante la consulta en un lapso de tiempo corto, sumado a que son preguntas aisladas, lo cual podría dificultar la identificación del maltrato.</p>
<p>2. Historia clínica de crecimiento y</p>	<p>2. El formato cuenta con algunos ítems</p>

<p>desarrollo del niño y niña de 2 meses a 5 años. Primera vez</p> <p>Hay una pregunta puntual que dice: Verificar el maltrato: si ___ No ___ Realizar verificación del maltrato diligenciando el formato anexo –Ficha notificación-. Diagnostico.</p> <p>Antecedentes personales: Embarazo No deseado, Uso de tóxicos, trastornos mentales y maltrato.</p> <p>Antecedentes Familiares: Trastornos mentales, consumo de psicoactivos</p> <p>Situación Familiar: Edad de la madre, pareja estable o no.</p> <p>Verificar la salud bucal: Antecedente de trauma en cara, presencia de caries.</p> <p>Crecimiento del niño: peso y talla</p> <p>Desarrollo: Motricidad, lenguaje, desarrollo social.</p> <p>Examen físico en general.</p>	<p>que podrían ayudar a detectar maltrato en el área de antecedentes personales y familiares y en el área de desarrollo biológico, salud bucal y crecimiento y desarrollo. Dado que no hay un espacio exclusivo con indicadores de maltrato infantil, depende del médico y enfermera el unir estos datos aislados para sospechar maltrato. Lo cual requiere capacitación en el tema, así como tiempo suficiente para realizar todas las preguntas propuestas por el formato de forma rigurosa.</p>
<p>3.Historia clínica crecimiento y desarrollo 5- 9 años</p> <p>Hay un espacio en el cual hay escrito: maltrato físico, y un espacio para escribir. Existen otros ítems como:</p> <p>Antecedentes personales: Embarazo deseado, patologías en el embarazo, Enfermedades en la infancia, hospitalizaciones, consumo de sustancias</p>	<p>3. En este formato hay ítems a nivel biológico y educación al cuidador que podrían ayudar a detectar maltrato. Es el formato que contiene mayor número de preguntas frente a maltrato infantil.</p>

<p>psicoactivas, trastornos mentales, esquema de vacunación.</p> <p>Antecedentes Familiares: Trastornos mentales.</p> <p>Examen físico en general, valoración de motricidad, lenguaje y desarrollo social.</p>	
<p>4. Historia clínica integral de crecimiento y desarrollo del niño y niña de dos meses a menores de 5 años. Citas posteriores</p> <p>En este formato hay un apartado exclusivo para explorar si hay existencia de maltrato infantil.</p> <p>En él se encuentran los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Lesión física sugestiva de maltrato. *Presenta lesiones en el ano *Existe discrepancia entre la historia clínica/desarrollo de lesiones *Expresa espontáneamente ser víctima de maltrato sexual, psicológico o negligencia. *Alteraciones en el comportamiento del niño. *Está descuidado en su higiene y salud. <p>Al final de este apartado se encuentran las siguientes opciones a señalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual *Sospecha de maltrato *Falla en la crianza *No hay sospecha de maltrato <p>Además de este apartado, hay otros ítems que pueden ayudar a detectar maltrato: Signos biológicos: Talla, peso, presencia</p>	<p>4. Este es el formato más completo en cuanto que cuenta con un espacio exclusivo con indicadores de maltrato. También se evidencian indicadores en otras áreas de la historia clínica que ayudarían al personal de salud a identificar maltrato infantil.</p>

de desnutrición y examen físico en general, verificación de vacunación. Educación al cuidador del niño: Buen trato, pautas de crianza, prevención de accidentes.	
---	--

Tabla 4. Tipo y número de preguntas contenidas en los formatos de consulta de crecimiento y desarrollo que indagan acerca de maltrato infantil

6.2.1.2. Ficha de Notificación: Cuestionario

A la pregunta **¿En su unidad de salud, está disponible la ficha para la notificación del maltrato infantil o SIVIM?** 38 de los 39 profesionales encuestados respondió que la ficha de notificación del maltrato infantil se encuentra disponible en la unidad de salud.

6.2.1.3 Ficha de Notificación: Ficha de inspección documental

FICHA DE INSPECCIÓN DOCUMENTAL: DISPONIBILIDAD Y NÚMERO DE NOTIFICACIONES	
ÍTEM	OBSERVACIÓN DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN
Disponibilidad de la ficha de notificación de maltrato infantil	<p>De las 18 UPAS visitadas, se observó que 1 UPA no cuenta con la ficha en físico sino en medio magnético. 2 UPAS no cuentan con la ficha de notificación. Y en las 15 UPAS restantes se encuentra la ficha de notificación en físico.</p> <p>Las fichas de notificación se encuentran en la oficina de la auxiliar de programas. Solo dos profesionales de los 39 encuestados tenían en su consultorio la ficha de notificación.</p> <p>*Las fichas de notificación están en su mayoría fuera del consultorio del personal de salud.</p> <p>*En 8 de las 14 UPAS que cuentan con el formato de notificación en forma física, se dificulta encontrar rápidamente o fácilmente la ficha de notificación. Dado que está guardada en algunos casos en lugares poco accesibles o en medio de un gran número de</p>

	<p>formatos diferentes.</p> <p>Número de fichas promedio: Se preguntó a las personas encargadas de las fichas de notificación del maltrato infantil en cada una de las 18 UPAS el número promedio de notificaciones hechas. A lo que se encuentra:</p> <p>El mayor número es de 6 notificaciones por semana y la más baja es en aquellas donde en más de tres años no se ha notificado maltrato.</p> <p>Aquí los datos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 notificaciones al mes 2. Entre una y dos notificaciones por semana. 3. Entre una y dos notificaciones mensuales. 4. 1 notificación en un mes y medio 5. 2 notificaciones al mes 6. Entre una y dos notificaciones en el año 7. Una notificación al mes 8. Recién llegado/a al cargo. No sabe el dato 9. Una notificación semestral 10. Desde que llega la persona al cargo no se han registrado casos (Hace 4 meses está en el cargo) 11. Nunca ha pasado 12. 1 notificación al semestre 13. 1 notificación mensual 14. En tres años se han notificado 3 – 4 casos desde vacunación, no desde consultas médicas o de enfermería. 15. En 9 meses no ha habido notificaciones. 16. De 3 a 4 notificaciones de maltrato por mes 17. 6 notificaciones por semana 18. 1 notificación por año.
--	---

Tabla 5. Observación de la disponibilidad de las fichas de notificación de maltrato infantil y reporte del número de notificaciones de maltrato Infantil realizadas en las UPAS

6.2.1.4 Protocolo institucional: Ficha de inspección documental

Se visitaron 18 UPAS. En 17 de ellas no se encontró el Protocolo institucional para el manejo del maltrato infantil. Tampoco se encontró algún documento que hablara sobre maltrato infantil diferente a la ficha de notificación. En una de ellas, la persona auxiliar de

programas encontró un protocolo titulado: “Guía de manejo integral a víctimas de violencia intrafamiliar” del año 2009 en un conglomerado de papeles dispuestos para ser desechados. Se observa que a pesar de existir una guía de manejo en casos de maltrato infantil, los profesionales de esta UPA No evidencian conocimiento de la existencia de esta guía, ni del directorio existente en el protocolo.

Contenido del protocolo institucional

1. Introducción
2. Definición y aspectos generales
 - Violencia sexual
 - Acceso Carnal
 - Proxenetismo
 - Violencia emocional y psicológica
 - Violencia por negligencia y abandono: Negligencia Física, Negligencia Emocional, Negligencia Gestacional.
 - Violencia Física
 - Abuso Físico: Comportamientos de abuso físico.
3. Factores de riesgo: Del niño y la familia; circunstancias, situaciones y factores sociales. Para violencia sexual, para violencia emocional o psicológica.
4. Características del proceso de atención:
 - Identificación del caso
 - Indicadores de maltrato físico, por abuso o descuido del menor, maltrato psicológico del menor, abuso sexual del menor, negligencia o abandono.
5. Intervención profesional:
 - Intervención psicológica
 - Qué se debe consignar en la historia clínica
 - Hospitalización
 - Protección
 - Notificación
 - Denuncia
 - ¿Dónde direccionar los casos de maltrato?
 - Ruta de atención a niños y adolescentes víctimas de violencia
 - Ruta de atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
 - Directorio institucional
 - Bibliografía

Directorio institucional para remisión de casos de maltrato infantil y ruta de atención al menor maltratado: Ficha de inspección documental

ÍTEM	OBSERVACIÓN	COMENTARIOS
Existencia de directorio actualizado de las instituciones a las que se les debe remitir los casos de maltrato infantil y abuso sexual	En las 17 UPAS no se encuentra un directorio actualizado sobre instituciones a las que se deben remitir los casos de maltrato infantil. El único directorio encontrado es el que hace parte del protocolo. Este directorio no está en un lugar visible y fácil de encontrar.	Las personas saben a dónde llamar en caso de notificación inmediata de maltrato infantil o para recibir indicaciones. Estas personas hacen referencia a Epidemiología. Allí se canalizan los casos.
¿Cómo es la ruta de atención en caso de Maltrato Infantil?	<p>No hay una ruta o diagrama visible en las UPAS para la atención de casos de maltrato infantil.</p> <p>Cuando se preguntó sobre la ruta en las 18 UPAS, se encontró que 17 identifican a vigilancia epidemiológica y a SIVIM como referente a la hora de atender casos de maltrato. En una de estas 17 UPAS se expresó la necesidad de mayor información para saber a dónde remitir el caso.</p> <p>Una de las 17 UPAS se expresó la necesidad de retroalimentar los casos notificados.</p> <p>Otros lugares de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAMI GALÁN (2 UPAS) • POLICIA DEL CUADRANTE 1-2-3 (1 UPA) <p>1 de las 18 UPAS entiende al cuadrante de la zona y a la trabajadora social como referente en el momento de responder a casos de maltrato infantil. En este caso en particular no se nombró a Epidemiología.</p>	<p>En la UPA en la que se encuentra el “Protocolo institucional para el manejo del maltrato infantil” se identifica una ruta clara de acción en casos de maltrato. Sin embargo, al contrastar esta ruta con la acción que se sigue en casos de maltrato infantil, se observa que no se sigue dicha ruta. La ruta que se expresó fue: Notificación médica y Epidemiología.</p> <p>Se indagó con el referente SIVIM la ruta a seguir en caso de maltrato infantil:</p> <p>Los médicos y personal de enfermería que atienden la consulta de crecimiento y desarrollo notifican la sospecha de maltrato. Cuando se hace la notificación ellos se encargan de hacer la visita domiciliaria y</p>

		<p>de ser necesario se activa la ruta en ese momento por medio de la denuncia del caso.</p> <p>En caso que la notificación de inmediata, como en el caso de abuso sexual, se remite el menor al centro de urgencias, en el cual se activa el protocolo y se procese a la denuncia. De manera que el profesional que notifica no denuncia el caso, y no hay una implicación legal.</p>
--	--	---

Tabla 6. Observación de la existencia del directorio institucional para la remisión del maltrato infantil y la ruta de atención al menor maltratado

6.2.2. Factores Organizacionales

6.2.2.1 Tiempo de consulta

A la pregunta, ¿Cuenta con tiempo dentro de la consulta de Crecimiento y desarrollo para indagar aspectos relacionados con la forma de corregir de los padres a su hijo/a?, 22 de los 39 encuestados (56.41%) afirma no tener tiempo dentro de la consulta de crecimiento y desarrollo para indagar estos aspectos.

6.2.2.2 Capacitaciones que recibe el profesional: Cuestionario

El 71.8% de los profesionales encuestados ha recibido formación sobre la detección del maltrato infantil. Se encontró que la mayoría de los profesionales que recibió formación en la consulta de crecimiento y desarrollo la recibió en el lugar donde trabaja con un 51%. Se encontró también un gran porcentaje de profesionales que recibió capacitación

durante la inducción al cargo. El tema de maltrato infantil es discutido en el lugar de trabajo según el 59% de los profesionales encuestados. De estos, el 91% dice encontrar estas discusiones en el centro de salud, los demás en reuniones de profesionales, en capacitaciones o en vigilancia epidemiológica. La información se presenta en el Gráfico 10.

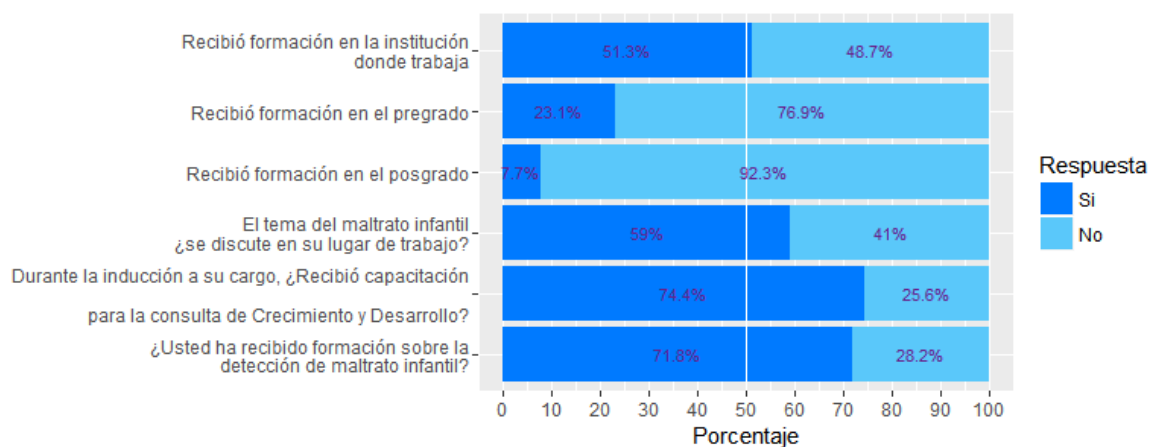


Gráfico 10. Formación de los profesionales de la salud y aspectos relacionados.

6.2.2.2 Capacitaciones que recibe el profesional: Ficha de inspección documental

ÍTEM	Descripción
Listados de asistencia a actividades institucionales de capacitación u otras actividades relacionadas con maltrato infantil. Número de participantes.	No se encontró en las Unidades listados de asistencia o actividades relacionadas con capacitaciones o actividades relacionadas con maltrato infantil.

Tabla 7. Observación de los listados de asistencia a capacitaciones que recibe el profesional sobre temas relacionados con maltrato infantil

A la pregunta: ¿Cuál es la principal dificultad que usted encuentra en su práctica para realizar la detección y notificación de maltrato infantil en la Consulta de Crecimiento y Desarrollo?, se encontró que de los profesionales encuestados, el 15.4% considera que la principal dificultad es el miedo al proceso, el 25.6% considera que es la falta de protección y 43.6% considera que es la falta de conocimientos. Dentro de las otras razones dadas por

los encuestados se encontró que un 30.8% de los encuestados considera que el tiempo de la consulta es demasiado reducido, un 2.6% considera que hay dificultad para seguir la ruta, un 2.6% considera que existe falta de efectividad de parte de las instituciones y el 10.3% considera que no existe dificultad alguna.

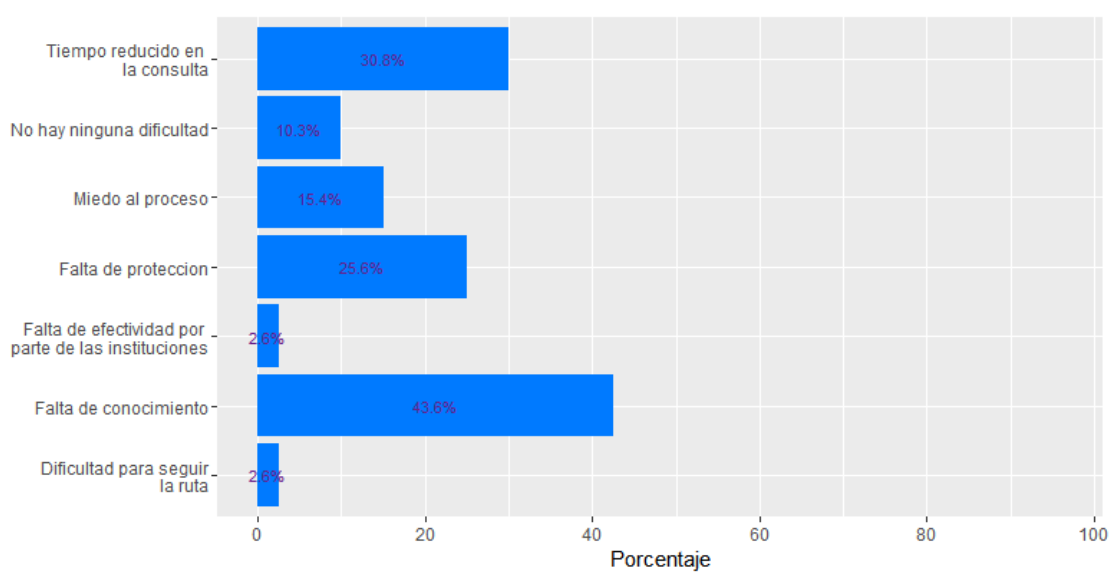


Gráfico 11. Principales barreras para la detección y notificación del maltrato infantil por parte de los profesionales que realizan Consulta de crecimiento y desarrollo.

7. DISCUSIÓN

Varias son las barreras encontradas en esta investigación para la detección y notificación del maltrato en la consulta de crecimiento y desarrollo en la IPS objeto de estudio.

La falta de conocimientos fue identificada por los profesionales que realizan consulta de Crecimiento y Desarrollo como la principal barrera para detectar y notificar el maltrato infantil con un 43,6%. Lo anterior coincide con múltiples estudios; Flaherty y colaboradores (54) encontraron que los médicos tienen poco entrenamiento relacionado con maltrato infantil. Esto limita su habilidad de reconocer incluso los casos más obvios de abuso infantil. Profesionales de Chicago dijeron en un 29% no haber recibido educación continuada sobre maltrato infantil en los últimos 5 años. Borimnejad (55) y colaboradores en su estudio buscan explorar experiencias de reporte de maltrato infantil en enfermeras, y refieren como categoría emergente la falta de conocimientos sobre maltrato infantil en los trabajadores de la salud. De igual forma, Herendeen (23), explorando experiencias de identificación de maltrato infantil, concluye que los proveedores de salud requieren mayor educación sobre maltrato infantil. En el contexto Colombiano, Arrieta y colaboradores (26) estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de maltrato infantil en estudiantes de odontología, encontrando que un 57,6% de los encuestados consideraron no tener una buena ilustración en el tema y un 55,7% no se siente preparado para detectar maltrato infantil, de forma que la mayoría de los encuestados en el estudio considera necesario un mayor entrenamiento.

En cuanto a las preguntas relacionadas con la elección de indicadores que se consideran correctos para los diferentes tipos de maltrato, se destaca que los indicadores principales de abuso sexual, maltrato emocional y negligencia fueron identificados mayoritariamente por el personal de salud. Para abuso sexual existían cinco indicadores, de los cuales tres eran correctos: manifestaciones de conductas o conocimientos sexuales inapropiados para la edad, señalado por el 89,7 %, desórdenes funcionales como: problemas del sueño, enuresis, encopresis y desórdenes del apetito, siendo indicada por un 82,1%. Finalmente, el tercer indicador correcto menos indicado fue dificultad en el niño/a para caminar o sentarse con

un 61,5%. El indicador incorrecto más señalado fue: el niño evita a las personas del sexo opuesto y prefiere la compañía de un grupo de amigos del mismo sexo en un 35,9%.

De los indicadores de maltrato emocional correctos, el más señalado fue la labilidad afectiva y trastornos del comportamiento con un 92,3%, siguiéndolo como indicador el ser testigo de violencia conyugal 71,8%, y la menos señalada fue dificultades y/o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo del niño/a con un 51,3%. Llama la atención que este último indicador haya sido señalado sólo por la mitad de los profesionales. Esto podría ser debido a la idea de que el maltrato emocional o psicológico tiene efectos exclusivos en estas áreas (emocional /psicológica) y no en otros campos del desarrollo más vinculadas a lo fisiológico.

Por otra parte, los resultados de los indicadores de maltrato por negligencia muestran que en un 87,2% los profesionales señalan correctamente los indicadores, siendo estos: el uso de ropa inadecuada en el niño/a para las condiciones climáticas, y detención o retraso del crecimiento del niño sin causa orgánica. Dentro de los indicadores que no corresponden a indicadores de negligencia, el más señalado fue: pocas ganas del niño/a de asistir al colegio con un 35,9% y el menos señalado fue: el niño muestra poco interés para relacionarse con otros niños de su edad, con un porcentaje de 23,1%. Cabe señalar que estos dos indicadores son indicadores de otras formas de maltrato no pertenecientes a negligencia.

En cuanto a los indicadores de maltrato físico, llama la atención que, si bien los principales indicadores de maltrato físico fueron señalados mayoritariamente (historias contradictorias 89,7%, niño cauteloso al contacto físico 89,7%, hematomas y/o heridas ubicadas en labios, boca, orejas, encías y ojos 74,4%), los que no hacen parte de los indicadores de maltrato físico fueron señalados con porcentajes altos (narración detallada de la lesión 46,2%; hematomas en rodillas, codos, mentón y espinillas 38,5% y padres complacientes 30,8%), lo cual podría dificultar el proceso de sospecha y diferenciación entre lesiones físicas propias de maltrato físico y lesiones accidentales.

Esta dificultad en identificar maltrato físico y lesiones accidentales, sumada a que la forma de detección más frecuente por las personas encuestadas es la valoración física 64,1% y el

comportamiento del niño 53,9%, hace de especial importancia la frecuente capacitación en esta área, ya que la investigación sobre maltrato infantil se extiende rápidamente y este nuevo conocimiento puede ayudar al profesional a mejorar su identificación (54).

En cuanto al conocimiento de la notificación, se resalta que el 97,4% de los profesionales saben que la notificación es obligatoria en todo tipo de maltrato. Este mismo porcentaje afirma conocer la ficha de notificación. Adicionalmente, un 53,8% cree que la notificación no implica un involucramiento legal, mientras que un 41,0% cree que sí tiene implicaciones legales. También, el 76,9% de los participantes afirma conocer la ruta o diagrama de la atención institucional en casos de maltrato infantil. Sin embargo, según la ruta institucional, el profesional que notifica en la consulta de crecimiento y desarrollo no es el mismo que denuncia. Lo anterior deja ver que se tiene, en algunos casos, la falsa creencia de un involucramiento legal siguiendo la ruta institucional para la notificación del maltrato. Esta falsa creencia se ve reflejada en el estudio, con un 15,4% de los profesionales que encuentran como principal dificultad para la detección y notificación el miedo a verse envuelto en procesos legales. Sobre este tema Arruda y colaboradores (5) encontraron que no tener miedo al involucramiento legal es un factor facilitador de la notificación de maltrato infantil, aumentando casi al doble la probabilidad de notificación.

Frente al tema de las prácticas de los médicos y personal de enfermería que realizan la consulta de crecimiento y desarrollo se evidencia que un 69,2% pregunta a los padres la forma de corregir a sus hijos, mientras que un 30,7% muy pocas veces o nunca le preguntan a los padres. Cabe resaltar que, en la medida en que el profesional explore la forma en que los padres corrigen a sus hijos, se permite educar en el buen trato a los padres y si es el caso, también puede ser útil cuando se pretende evaluar si existe maltrato en el niño ante la sospecha del profesional(6). En este orden de ideas, no indagar en este aspecto es perder la posibilidad de identificar maltrato y prevenirlo.

Se encontró en cuanto a la frecuencia de casos de maltrato infantil detectado en la consulta de crecimiento y desarrollo que en un 76,3% muy pocas veces se ha detectado maltrato infantil en la consulta. Sólo un 20,5% lo detectó frecuentemente y un 5,1% nunca lo ha

detectado. La poca detección de maltrato infantil también se ha encontrado en otros estudios; Arruda y colaboradores (5) identificaron en su estudio que un 56,9% de los trabajadores de salud -enfermeros- no identificaron maltrato infantil en su práctica profesional, y un 43,1% sí lo identificó. Así mismo, Fierro y colaboradores (27) determinaron que el 56,7 % de los odontólogos encuestados no identificaron maltrato infantil en su práctica clínica. La baja identificación de maltrato podría explicarse por la falta de conocimiento (43,6%), y de capacitación sobre temas de maltrato infantil que recibe el profesional, así como la falta de tiempo dentro de la consulta, el cual es una barrera para el 30,8% de los encuestados. Frente a la educación recibida en el tema de maltrato infantil, se evidencia que sólo un 23,1% recibió formación sobre este tema en el pregrado, 7,7% en el postgrado y un 51,3% en la institución donde trabaja. Sin embargo, al realizar la ficha de inspección documental no se encuentran registros de capacitaciones dirigidas a profesionales que realizan la consulta de Crecimiento y Desarrollo en el tema de maltrato infantil en los últimos años dentro de la unidad de servicios de salud.

En cuanto a la notificación del maltrato infantil de los casos identificados, un 76,9% afirma haber notificado siempre, 10,2% afirma frecuentemente haberlo hecho. En cuanto a las ventajas de la notificación, los encuestados manifiestan los siguientes: beneficios para la víctima (87,2%), la importancia de los datos epidemiológicos (48,7%), y mayor acceso a servicios de salud (13%).

Por otra parte, los profesionales en salud encuestados en un 5,12% muy pocas veces o nunca han notificado el maltrato. Estos datos contrastan con los bajos promedios de notificación de maltrato infantil enunciados por las personas encargadas de las fichas de notificación en cada una de las 18 UPAS visitadas. Se encontró como resultado en 1 CAMI un promedio semanal de seis notificaciones, en 2 UPAS entre una y dos notificaciones semanales, 6 UPAS con promedio de una a dos notificaciones mensuales, en 3 UPAS se habla de un promedio de una notificación semestral, 1 UPA con promedio de una notificación por año, y en 2 UPA, las encargadas expresan que desde que están en el cargo -hace cuatro y nueve meses- nunca han notificado maltrato. Se encontró en otra UPA que en los últimos tres años no se ha notificado

maltrato. Esto podría corresponder a una sub-notificación de casos de maltrato infantil. Esta sub-notificación se explica por los problemas en la detección, y a su vez, resulta relevante detenerse en las razones que tienen aquellos profesionales que no notifican, así como las respuestas dadas en las principales barreras para detección y notificación del maltrato que encuentran los encuestados.

Dentro de estas razones para la no notificación se encuentran: falta de estructura en la red de apoyo, la no oportunidad ni efectividad en la protección en los derechos de las víctimas, seguimientos incompletos, la intervención no integral y, en ocasiones, desproporcionada en los casos. Otras razones son el considerar por parte del profesional que los casos leves de maltrato son susceptibles de ser corregidos a través de una buena educación en la consulta, y no requieren notificación. Además de las anteriores razones (y la falta de conocimientos ya mencionada), los profesionales respondieron como principales dificultades para detectar y notificar, miedo a verse envuelto en procesos legales 15,4%, falta de protección al profesional que notifica 25,6% y 31% refiere la falta de tiempo en consulta como principal dificultad. Un 2,6% considera que hay dificultad para seguir la ruta, y un 2,6% consideran inefectivas a las instituciones. Sólo un 10,3% considera que no hay dificultades. Sumado a lo anterior, cuando se realizó la ficha de inspección documental, se encontró que en 2 UPA no se encontraron las fichas de notificación infantil disponibles ni en físico ni en digital, en 1 de ellas la ficha se encontraba solo en medio magnético, y en 15 de ellas se encontró la ficha en forma física. Dentro de estas últimas, en 8 de ellas hay dificultad para encontrar rápidamente la ficha de notificación por la ubicación de la misma. Éstas últimas son barreras externas que deben ser tenidas en cuenta y que podrían explicar la sub-notificación.

Arruda y colaboradores(5) encontraron en su estudio que el 43% de profesionales que atendían en atención primaria en salud identificaron maltrato infantil, y de este porcentaje solo el 41,6% realizaron la notificación. Por su parte Flaherty (54) en su estudio de revisión de barreras para la identificación y reporte de maltrato infantil por parte del personal médico, señala que, de 15 pediatras elegidos aleatoriamente, un 30% admitieron

no haber notificado el maltrato en algún momento de su carrera. Así mismo, cuando se realizó un estudio similar en Australia, se encontró que un 43% admitió no haber reportado casos de maltrato en algún momento de su carrera. Estas cifras distan de lo señalado por los profesionales encuestados en este estudio frente a la notificación (76,9% dice haber notificado siempre el maltrato infantil y frecuentemente 10,2%). Sin embargo este dato es contradictorio si se tienen en cuenta otros aspectos señalados por los encuestados en cuanto a barreras para detectar y notificar el maltrato. Por otra parte, se evidencia que el profesional tiene claro en un 97,4% que notificar es obligatorio en todos los tipos de maltrato; la respuesta puede obedecer a que señalar que no se notifica el maltrato no es apropiado e inclusive puede ser considerado ilegal.

Flaherty (54) también nombra algunas barreras encontradas para la notificación relacionadas con experiencias negativas previas del personal médico con servicios de protección infantil, falta de retroalimentación de los casos por parte de las mismas, considerar que el maltrato no es serio y que el profesional puede manejar el tema con la familia sin necesidad de notificar. Otros consideran que se retirará al niño de la casa si se notifica, algunos describen que realizar el reconocimiento de sospecha de maltrato quita tiempo valioso e interrumpe el flujo de trabajo. Y finalmente, los médicos señalaron que, si se reporta sospecha de maltrato, ellos tendrían que testificar ante una corte y esto causa miedo e implica tiempo. Estas barreras concuerdan con las halladas en este estudio.

De cara a las creencias del personal que realiza la consulta de Crecimiento y Desarrollo, se detectó que un 82,0% estuvo muy en desacuerdo o en desacuerdo con la afirmación de que no todo golpe es una forma de maltrato infantil sino una forma de disciplinar. Sin embargo, un 10,2% no se muestra de acuerdo ni en desacuerdo, y un 7,6% se mostró de acuerdo con la afirmación. Estos resultados muestran que no para todo el personal de salud un golpe necesariamente significa maltrato sino una forma de disciplinar a los niños, avalando así el maltrato físico.

Con relación a las actitudes de los encuestados, un 84,6% considera que los profesionales de la salud deben involucrarse en la forma en que los padres educan y cuidan a sus hijos. Un 12,8% no tiene una postura clara en ese aspecto, y un 2,6% cree que el profesional no se

debe involucrar. Los profesionales afirman en un 94,8% estar muy de acuerdo o de acuerdo con que es competencia del profesional de la salud intervenir en los casos de maltrato infantil, y frente la afirmación de que sólo se debería considerar maltrato cuando este busca generar daño en el niño, un 87,2% afirma estar muy en desacuerdo o en desacuerdo, mientras que un 5,1% no tiene una posición definida frente a este aspecto, y un 7,7% afirma estar muy en desacuerdo y muy de acuerdo. En general estos datos muestran resultados satisfactorios frente a la actitud del profesional. Sin embargo, cabe destacar que esto no sucede en todos los casos. En el estudio de Arrieta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología sobre el maltrato infantil, se muestra que en un 96,1% las actitudes fueron favorables. (25)

Frente a los formatos usados en la consulta de Crecimiento y Desarrollo se encontró que para los diferentes grupos de edades de los niños hay uno distinto para diligenciar, para un total de cuatro formatos. Uno de ellos cuenta con un lugar exclusivo para explorar maltrato infantil; conteniendo seis ítems que buscan detectar maltrato físico, negligencia, emocional y abuso sexual. Tres de ellos tienen un apartado donde se pregunta sí se verifica maltrato o no, y un espacio para escribir, careciendo de indicadores puntuales que ayuden al profesional a detectar maltrato en este segmento.

Estos formatos cuentan con algunos ítems que podrían ayudar a detectar maltrato en las áreas de: antecedentes personales y familiares, desarrollo biológico, salud bucal y crecimiento y desarrollo. Dado que no hay un espacio exclusivo con indicadores de maltrato infantil, depende del médico y enfermera el unir estos datos aislados para sospechar maltrato. Lo cual requiere capacitación en el tema, así como tiempo suficiente para realizar todas las preguntas propuestas por el formato de forma rigurosa. Según la literatura acerca de maltrato infantil, se destaca que son múltiples los indicadores de maltrato y que muchos varían según la edad del menor; por tanto es necesario contar con indicadores asociados a la edad del niño que permitan más fácilmente al personal de salud detectar el maltrato según la edad (56).

Frente al protocolo institucional: Se visitaron 18 UPAS, en 17 de ellas no se encontró el Protocolo institucional para el manejo del maltrato infantil, tampoco se encontró ruta o

diagrama escrito del manejo de los casos de maltrato infantil, ni directorio actualizado sobre las instituciones a las que se debe remitir los casos. En 1 UPA de las 18 se encontró el protocolo con ruta y diagrama de manejo de los casos de maltrato; el personal administrativo identifica el protocolo, pero no lo conoce. La ruta indicada por el personal no pertenece tampoco a la señalada por el protocolo.

La falta de conocimiento del protocolo institucional frente al maltrato infantil y la poca claridad frente a la ruta a seguir en estos casos, hace susceptible a que se dé un manejo inadecuado a los casos y a tener un manejo no estandarizado de los mismos. El conocimiento del protocolo institucional permitiría en cambio tener claridad sobre lo que se debe hacer en múltiples casos, ayudaría a comparar lo que se debe hacer con lo que se hace y a tomar las medidas correctivas necesarias.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La detección y notificación del maltrato infantil en la consulta de crecimiento y desarrollo son definitivas para apoyar la prevención y manejo de este fenómeno, que afecta la salud y bienestar de los niños y vulnera sus derechos.

Este estudio dilucidó que existen barreras internas y barreras externas para la detección y notificación del maltrato infantil en la institución objeto de estudio. Los profesionales señalaron en su mayoría nunca o muy pocas veces haber detectado maltrato infantil, mientras que afirmaron mayoritariamente haber notificado. Sin embargo, otras variables medidas en este estudio pusieron en evidencia que hay barreras para la notificación.

A nivel de barreras internas, la falta de conocimientos fue la principal causa señalada por los profesionales como barrera. Alrededor de la cuarta parte de los encuestados señaló que recibió formación en el pregrado; por tanto es importante fortalecer la formación en esta área en el pregrado. Igualmente se señala la necesidad de implementar capacitaciones que permitan al profesional formarse en la detección del maltrato infantil. Las creencias y actitudes en general fueron adecuadas para la detección del maltrato infantil; sin embargo, es necesario seguir trabajando en estas áreas ya que existen creencias y actitudes que pueden constituirse como barreras internas para la detección y notificación del maltrato.

Las barreras externas encontradas están relacionadas con el tiempo que tiene el profesional para la Consulta de Crecimiento y desarrollo, falta de protección del profesional que notifica, falta de estructura en la red apoyo, desconfianza en las instituciones de protección infantil y poca efectividad en los casos notificados. Este hallazgo sugiere que la falta de respaldo y de reconocimiento de la utilidad de las instituciones que se encargan del manejo del maltrato podrían estar contribuyendo a que no se notifique.

Por otra parte, los formatos usados para la consulta de Crecimiento y Desarrollo contemplan el maltrato infantil, sin embargo, no hay en su mayoría una sección dispuesta para indagar de forma concreta por los indicadores de maltrato conforme a la edad de los niños. El protocolo institucional, directorio y ruta de manejo de los casos de maltrato infantil no es bien conocida ni establecida de forma clara dentro de la institución. Con base en ello se recomienda a la institución dar a conocer, capacitar e implementar el protocolo de manejo para casos de maltrato infantil.

Este estudio ofrece un panorama general sobre la notificación y detección de maltrato infantil en la consulta de Crecimiento y Desarrollo en una Unidad de Servicios de Salud de una subred de Bogotá, de manera que sus hallazgos no se pueden generalizar. Se hace urgente seguir investigando en esta área, ya que son pocos los estudios que abordan esta problemática a nivel local, pese a la enorme repercusión que tiene el maltrato en el desarrollo general de la niñez colombiana.

Finalmente, se considera necesario promover un trabajo más integrado de los organismos de protección del menor y los centros de atención en salud en donde se puede detectar el maltrato y hacer la notificación. Un trabajo conjunto centrado en brindar soporte a la familia, mejorar la calidad de vida de los menores, así como proteger y promover su bienestar cuando se presenten casos de maltrato, podría mejorar el respeto mutuo de quienes, desde las profesiones de salud y aquellas otras orientadas al bienestar social, tienen una obligación común: evitar que los niños y niñas sean víctimas de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Medicina Legal y Estudios Forenses. Forensis. 2014 [cited 2016 Feb 3];16(1). Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
2. Alarma por incremento del maltrato infantil en Colombia | Defensoría del Pueblo [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://defensoria.gov.co/es/nube/noticias/1114/Alarma-por-incremento-del-maltrato-infantil-en-Colombia-conflicto-armado-Defensor%C3%ADa-del-Pueblo-maltrato-infantil-D%C3%ADa-del-Ni%C3%B1o.htm>
3. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [LEY_1098_2006] [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html
4. Ministerio de Salud. Guías 412: Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias01.pdf>
5. Rolim, A. C. A., Moreira, G. A. R., Gondim, S. M. M., da Silva Paz, S., & de Souza Vieira, L. J. E. Factores asociados a la notificación del maltrato en niños y adolescentes realizada por enfermeros en la Atención Primaria a la Salud. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):1048–55.
6. Hornor G. Child maltreatment: screening and anticipatory guidance. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract*. 2013 Aug;27(4):242–50.
7. Sampieri, H. R., Fernández, C., and Baptista, P. *Metodología de la investigación*. 5th ed. México D. F: Mc Graw Hill: Mc Graw Hill; 2010.
8. Muñoz, D. El Maltrato Infantil: Un Problema de Salud Pública. *Rev Fac Cienc Salud*. 8(4):33–8.
9. Instituto de Medicina Legal y Estudios Forenses. Forensis [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+7-+violencia+intrafamiliar.pdf/dd93eb8c-4f9a-41f0-96d7-4970c3c4ec74>
10. Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana - Violencia Intrafamiliar y delitos sexuales [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.ceacsc.gov.co/index.php/que-hacemos/componentes-permanentes-de-investigacion/vif>
11. Moreno Manso Juan Manuel. Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñ E Investig En Psicol*. 11(2):271–92.
12. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2010 [FR246] - FR246.pdf [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>

13. OMS | Maltrato infantil [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
14. Moya-Albio, Luis M-GP. Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia.” 2011;52(8):489–503.
15. Plan-Operativo-De-Cero-a-Siempre-2015.pdf [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Documents/Plan-Operativo-De-Cero-a-Siempre-2015.pdf>
16. Bases Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.pdf [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdf>
17. Descripción [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>
18. Gobierno de Aragon D de S y C. Guía práctica para le detección del maltrato infantil [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/MujeresSalud/ViolenciaGenero/IntervencionSituacionesMaltrato/GUIA+PRACTICA+DETECCION+MALTRATO+INFANTIL.PDF>
19. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Glosario de Términos [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Servicios/Glosario>
20. Glosario de terminología de vigilancia epidemiológica [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.bvs.org.ar/pdf/vigilancia.pdf>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Pospópuli. Glosario [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://pospopuli.minsalud.gov.co/pospopuli/Inicio20.aspx>
22. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [Internet]. Salud y Políticas sociales. [cited 2016 Feb 3]. Available from: http://www.redsabria.org/file.php?file=%2F1%2FProtocolo_Maltrato_Infantil_v8_DEFINITIVO_PUBLICADO.pdf
23. Herendeen PA, Blevins R, Anson E, Smith J. Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* 2014 Feb;28(1):e1-7.
24. Natan MB, Faour C, Naamhah S, Grinberg K, Klein-Kremer A. Factores que afectan a que el personal médico y el de enfermería notifiquen abuso infantil. *Int Nurs Rev En Esp Rev Of Cons Int Enfermeras.* 2012;59(3):366–73.
25. Hornor G, Herendeen P. Advanced practice nursing in child maltreatment: practice characteristics. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* 2014 Oct;28(5):438–443.e1.

26. Arrieta Vergara Katherine M., Díaz Cárdenas Shyrley, González Martínez Farith. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam.* 2014;7(2):103–11.
27. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *Int J Odontostomatol.* 2012 Apr;6(1):105–10.
28. Açıık Y, Deveci SE, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Prev Med.* 2004 Oct;39(4):791–7.
29. Sanmartín Esplugues José. *Violencia contra niños.* 4ta ed. España: Ariel; 2008.
30. Abdalá Loredo Arturo. *Maltrato en niños y adolescentes.* México D. F: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
31. UNICEF. *Maltrato Infantil en Chile* [Internet]. 2005 [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://unicef.cl/web/unicef-responde-maltrato-infantil-en-chile/>
32. www.altas-buscadore.com, Comunicaciones IOA de. ICBF para niños, niñas y adolescentes - ICBF Colombia [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/ICBFNinos/MitosYVerdades/Violencia/MaltratoInfantil>
33. Gómez, R., Hernández,B., Rojas,U., Santacruz, O., and Uribe,R. *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niño, adolescentes y adultos.* 3ra ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2008.
34. Hornor G. Emotional maltreatment. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* 2012 Dec;26(6):436–42.
35. Amanda RA, Hidalgo Santaella Beatriz Guadalupe, Malo Eguía Susana. *Guía Clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil.* México D. F: Manual Moderno; 2009.
36. Papalia, D.E. *Desarrollo humano.* 12th ed. México, D. F: Mc Graw Hill; 2012.
37. Bergoña A. *Terapia Familiar sistémica.* España: Fundamentos; 1996.
38. Díaz, H.J., Casado Flores,J., García,G. E., Ruiz, D.,M and Gómez., J. *Atención de enfermería al maltrato infantil.* España: Instituto Madrileño del menor y la familia;
39. Ministerio de Salud. *Guía de atención al Menor Maltratado* [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/96/Guia%20de%20atencion%20al%20MenorMaltratado.pdf>
40. Casado, F.J. *Niños maltratados.* 1st ed. Madrid, España: Diaz de Santos; 1997.

41. Team M. CBPI N° 3. Mitos y prejuicios sobre maltrato infantil .- Fuentes Documentales .- Bienestar y protección Infantil [Internet]. [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=15&subs=20&cod=38&page=>
42. Condliffe, C. Safeguarding children. *J Community Nurs.* 2008;22(5):16.
43. Carter YH. Lessons from the past, learning for the future: safeguarding children in primary care. *Br J Gen Pract.* 2007 Mar 1;57(536):238–42.
44. Bunting L, Lazenbatt A, Wallace I. Information sharing and reporting systems in the UK and Ireland: Professional barriers to reporting child maltreatment concerns. *Child Abuse Rev.* 2010 May 1;19(3):187–202.
45. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, De Koning HJ, Moll HA. Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatr.* 2012;12:167.
46. Lynne EG, Gifford EJ, Evans KE, Rosch JB. Barriers to reporting child maltreatment: do emergency medical services professionals fully understand their role as mandatory reporters? *N C Med J.* 2015 Feb;76(1):13–8.
47. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>
48. Constitución Política de Colombia [Internet]. Available from: http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
49. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000 [Internet]. Available from: <http://www.convergenciacoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
50. Consuegra, A.N. Diccionario de Psicología. 2nd ed. Bogotá: Ecoe ediciones; 2010.
51. ASALE R-. práctico, ca [Internet]. Diccionario de la lengua española. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=TtEMsxJ>
52. ASALE R-. creer [Internet]. Diccionario de la lengua española. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=BDrUtPH>
53. ASALE R-. protocolo [Internet]. Diccionario de la lengua española. [cited 2016 Feb 8]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=USpE7gq>
54. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatr Ann.* 2005 May;34(5):349–56.

55. Borimnejad L, Khoshnavay Fomani F. Child Abuse Reporting Barriers: Iranian Nurses' Experiences. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Aug;17(8):e22296.
56. Lindberg DM, Beaty B, Juarez-Colunga E, Wood JN, Runyan DK. Testing for Abuse in Children With Sentinel Injuries. *Pediatrics*. 2015 Nov 1;136(5):831–8.