



Archivos de Medicina (Col)

ISSN: 1657-320X

medicina@umanizales.edu.co

Universidad de Manizales

Colombia

APACHE PERDOMO, NATALY; CASTAÑO CASTRILLÓN, JOSÉ JAIME; CASTILLO OCAMPO, CAROLINA; GARCÍA SERRANO, ANDRÉS; GÓNGORA SABOGAL, HENRY JULIÁN; GONZÁLES, SANDRA PATRICIA; MAHECHA HERNÁNDEZ, MIGUEL EDUARDO; MORALES BENÍTEZ, ROSA HELENA

MALTRATO INFANTIL SEGÚN LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS (CTSPC), EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA), 2011

Archivos de Medicina (Col), vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 31-45

Universidad de Manizales

Caldas, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273824148004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MALTRATO INFANTIL SEGÚN LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS (CTSPC), EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA), 2011

NATALY APACHE PERDOMO*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN**, FIS, M.Sc., CAROLINA CASTILLO OCAMPO*, ANDRÉS GARCÍA SERRANO*, HENRY JULIÁN GÓNGORA SABOGAL*, SANDRA PATRICIA GONZÁLES***, MD, PDIATR, MIGUEL EDUARDO MAHECHA HERNÁNDEZ*, ROSA HELENA MORALES BENÍTEZ*

Remitido para publicación: 13-02-2012 - Versión corregida: 23-04-2012 - Aprobado para publicación: 30-04-2012

Resumen

Antecedentes: *El maltrato infantil actualmente ha aumentado en frecuencia y formas, considerándose un problema de salud pública. Los niños siguen siendo los que presentan más riesgo de ser maltratados.*

Materiales y Métodos: *se seleccionó una muestra de 449 estudiantes, de cuarto a sexto grado de tres instituciones públicas de Manizales (Colombia), se estudiaron en esta población variables demográficas, necesidades básicas, historia de maltrato, escala CTSPC versión niños.*

Resultados: *La escala CTSPC mostró en promedio 9,21% o 29,29 en puntaje absoluto. Según el resultado de esta escala al 33,7% lo castigan pegándole con cinturón, al 9,5% con cable, el 10,9% han presentado quemaduras con plancha, el 9% han sido amenazados con abandono, o ser echados de la casa, solo al 61,3% nunca le pegan cuando lo castigan. El valor de la escala CTSPC mostró relación significativa con género ($p=0,015$), funcionalidad familiar ($p=0,028$), el consumo de licor ($p=0,013$), y maltrato infantil ($p=0,001$) anterior de las personas que los cuidan, el pelear con los compañeros ($p=0,004$). El 29,1% presenta consumo de licor en la familia, el 18,3% antecedente de maltrato en algún miembro de la familia, el 51,5% presenta algún tipo de disfuncionalidad familiar.*

Conclusiones: *Una considerable proporción de la población, según la escala CTSPC, aún sufre maltrato intrafamiliar, lo cual es inaceptable. Se hacen necesarias campañas que erradiquen imaginarios culturales anticuados y primitivos alrededor de la educación de los hijos, y que a lo único que contribuyen es a perpetuar el ambiente generalizado de violencia tan propio de Colombia.*

Palabras clave: *Maltrato a los niños, factores de riesgo, relaciones familiares, estudiantes.*

Arch Med (Manizales) 2012; 12(1): 31-45

Apache Perdomo N. Castaño Castrillón JJ. Castillo Ocampo C. García Serrano A. Góngora Sabogal HJ. González SP. Mahecha Hernández ME. Morales Benítez RH. Archivos de Medicina. Volumen 12 N° 1. ISSN:1657-320X enero-junio 2012. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia)

* Estudiante X Semestre, Programa de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia.

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co.

*** Docente Pediatría, Programa de Medicina, Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia

Child abuse according to conflict tactics scale (CTSPC), in school population of Manizales City (Colombia), 2011

Summary

Background: *Child abuse has actually increased in frequency and forms, considered a public health problem. Children continue to be the most risk people to be abused.*

Materials and methods: *it was selected a sample of 449 students, from fourth to sixth grade of three public schools of the city of Manizales (Colombia), they answered a questionnaire that included demographic variables, basic needs, history of abuse, conflict scale.*

Results: *The scale CTSPC showed 9.21% or 29.29 average score in all. According to this scale 33.7% is punished by hitting with a belt, 9.5% with cable, 10.9% presented iron burns, 9% have been threatened with abandonment, or be thrown out of the home, only 61.3% never hit them when they punish. The value of conflict scale showed significant relation with gender ($p=0,015$), family functioning ($p=0,028$), liquor consumption ($p=0,013$) and history of child abuse in people who take care of them ($p=0,001$), fight with classmates ($p=0,004$). 29,1% presents liquor consumption in family, 18,3% child abuse antecedent in any member of the family, 51,5% present any kind of family dysfunction.*

Conclusions: *A considerable proportion of the population, according to the scale CTSPC, still suffering domestic abuse, which is unacceptable. Campaigns are necessary to eradicate outdated and primitive cultural imaginary about the education of children, and that the only thing they contribute is to perpetuate the widespread climate of violence so characteristic of Colombia.*

Key words: *Child abuse, risk factors, family relations, students.*

Introducción

El maltrato infantil es una problemática de nivel mundial y desafortunadamente cotidiana en muchas familias. En Latinoamérica se han realizado varios estudios que abordan el tema de maltrato desde la perspectiva intrafamiliar¹ y del gran impacto que tiene el ambiente escolar sobre ellos². Específicamente en Colombia se ha observado el incremento de la violencia en todas sus formas, y sumado a esto, el maltrato infantil como problema emergente de salud pública³, aunque claro está

podría interpretarse como un aumento en la cantidad de denuncias, pues evidentemente existen muchos tipos violencia que antes no eran vistos como tales. Existe una carencia importante de estudios a nivel regional especialmente en lo que se refiere a los factores de riesgo por lo que se busca conocer la magnitud de la violencia intrafamiliar (VIF) y los factores asociados en las distintas culturas⁴ y en particular el maltrato infantil, que no es un fenómeno exclusivo de la sociedad colombiana y ha existido con distintas manifestaciones a lo largo de la historia. En los últimos años

se ha reaccionado con más fuerza frente a los abusos o formas de maltrato al interior de la familia, siendo la VIF un problema social que es necesario comprender y abordar tanto desde el ámbito científico como desde el ámbito legislativo y de políticas públicas⁵. Así mismo, influye en los indicadores de bienestar económico del núcleo familiar que presenta violencia puesto que disminuyen los ingresos laborales del afectado, comúnmente mujer⁶.

Se define entonces el maltrato infantil como toda agresión ejercida sobre un individuo sin gran capacidad de defensa y que no puede comprender, cabalmente, la razón de la violencia⁷. Adicionalmente, se observan factores de riesgo que, relacionados o aislados, hacen mayor la predisposición a que se presente maltrato en un niño⁸. Se encuentran entre el abuso físico: desarmonía familiar, pobreza, drogas, madres solteras, aislamiento social, baja autoestima, enfermedades psiquiátricas (madre deprimida) y la historia de abuso físico de los padres⁹.

Se creería además que el nivel socioeconómico influye en gran parte como variable asociada, pero al ser considerada una enfermedad social, no respeta estratos sociales ni condiciones socioculturales; por tanto, la importancia se basa en la necesidad de difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo³. La violencia psicológica aumenta a medida que sube el estrato socioeconómico y la violencia física es mayor en los niveles bajos donde ocurre en el 22,5% de los hijos únicos y aumenta a 32% en el caso de cuatro o más hijos, si se compara los resultados del año 1994, 2000 y 2006, se comprueba que hay un aumento de la violencia psicológica, manteniéndose sin grandes diferencias la violencia física¹⁰. Sin embargo, la violencia física grave ha disminuido en relación con los años anteriores en el nivel socioeconómico bajo¹⁰. Se recalca no dejar pasar por alto cualquier indicio de maltrato ya que, aunque parezca un accidente doméstico

puede cubrir lo que es un problema mayor que puede terminar en lesiones repetidas, alta morbilidad e incluso la muerte¹¹.

Pese a no ser solamente el ámbito familiar implicado en la presentación del maltrato infantil, las manifestaciones de violencia, sea maltrato físico, abuso sexual, víctimas de negligencia y maltrato emocional, se encuentra también el lugar, o más bien, el ambiente que rodea al niño la mayor parte del tiempo: la escuela o colegio; esta forma de violencia implica actos reiterados y no ocasionales, que se caracteriza por romper la simetría implícita en las relaciones entre iguales, generando procesos de victimización¹². En un estudio se observó mayor incidencia de exclusión social, maltrato verbal y maltrato físico indirecto por estudiantes del mismo grado en la mayoría de los casos, con edad promedio de 12 años, siendo el género femenino el más implicado¹². Los docentes notan el cambio de comportamiento del niño, causante de preocupación, pues exhiben problemas de conducta en el ámbito escolar como antisocialidad, la falta de concentración y la ansiedad¹³. Por tanto, cabe afirmar que hay una estrecha relación entre las conductas que se presentan en el hogar y las conductas que los estudiantes muestran en las distintas instituciones educativas, reflejando desadaptación en el desarrollo infantil normal⁵.

Se debe enfatizar la función del médico tratante como parte del equipo multidisciplinario, que maneja al niño con sospecha de maltrato infantil, ya que debe jugar un rol importante en prevención por ser el primero en tomar contacto con el niño y su familia, intentando identificar factores estresores o de riesgo, sobre todo, los factores protectores¹⁴. Zelaya¹⁵ y col en su trabajo sobre maltrato infantil reportado en una unidad de salud mental de Paraguay en el año 2009 reporta que dentro de los consultantes más frecuentes y los diagnósticos asociados al maltrato infantil se encuentra que el 45% corresponden al sexo masculino y el 55% al femenino. El grupo de edades más afectado

está entre los 4-14 años (56,5%). La negligencia o abandono es el tipo de maltrato más frecuente (51%), seguido del Abuso Sexual (18,3%). Las víctimas son maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (38%), padre (16%) y madre (14%); representando un total de 68% en el cual la mayoría conocía al agresor en un (99%)¹⁵; aunque muchos casos no siempre son informados a pesar de que existan altas sospechas, como lo reveló el estudio de Flaherty¹⁶ y col, en el año 2008 y efectuado en 1683 niños con sospecha de maltrato infantil, siendo este el primero, seguido por trastornos del aprendizaje, del estado ánimo y conductuales¹⁶. Se debe resaltar la importancia de la denuncia y más donde gran mayoría de las personas desconocen las implicaciones legales¹⁷. Cabe anotar el valor del seguimiento en un caso de maltrato, empleando un enfoque cuidadoso y sistemático de evaluación cuando se presume que existe alta probabilidad de violencia, con el fin de prevenir nuevas situaciones o reincidencias que afecten la calidad de vida emocional del paciente¹⁸, debido a que la violencia familiar produce secuelas a corto y a largo plazo en los menores que son víctimas¹⁹. Otros estudios sugieren que el maltrato produce secuelas en la conducta interna y externa de los menores y problemas neurosicológicos y en las funciones cognitivas, además, provoca daños que interfieren y obstaculizan su desarrollo físico, psicológico, emocional y social²⁰.

En vista de las consideraciones anteriores, el presente estudio pretende identificar la frecuencia de maltrato infantil intrafamiliar según la escala de estrategias de resolución de conflictos (CTSPC) en su versión para niños, en una muestra de estudiantes escolarizados de la ciudad de Manizales, Colombia.

Materiales y métodos

El estudio realizado fue de corte transversal, tomando como población 449 estudiantes, niños y niñas, entre los 8 y 14 años que actualmente

cursen cuarto a sexto grado de tres instituciones públicas de la ciudad de Manizales, Caldas.

Se seleccionaron las siguientes variables a estudiar en la población escogida: edad²¹, género (femenino o masculino) escolaridad (primaria, secundaria) estrato socioeconómico (1, 2, 3, 4, 5, 6)²², procedencia (rural o urbana), integrantes del grupo familiar (dos padres, solo madre, solo padre, hermanos, tíos, abuelos, otro), antecedentes de consumo de alcohol, sustancias psicoactivas²³ o presencia de maltrato infantil en las personas que cuidan a los niños (si o no), tipo de maltrato (físico, sicológico, abuso sexual, otros)⁶, Apgar de funcionalidad familiar (buena función, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción severa)²⁴, necesidades básicas²⁵: material de vivienda (cemento, tierra, bahareque), servicios básicos (agua, luz, gas, televisión, teléfono, internet), seguridad social: Sisben, EPS, antecedentes escolares de agresión entre los compañeros de clase (si o no) tipo de agresión (física, verbal, ninguna), reacción de los docentes del colegio ante el comportamiento del estudiante (maltrato físico, comprensivos, apoyo con las labores escolares), asistencia a comedor escolar (si o no)²², escala de estrategias de resolución de conflictos (CTSPC para niños)⁴.

El CTSPC⁴ es la versión de la escala de estrategias de resolución de conflictos (CTS) para medir maltrato de niños por los padres. Fundamentalmente se aplica a los padres, pero tanto la CTS, como la CTS2, y la CTSPC tienen versiones para aplicar a los niños.

El APGAR familiar es una escala ampliamente empleada para medir funcionalidad familiar y fue validada en²⁴ para población de niños de secundaria colombianos.

Al aplicar el instrumento se hizo entrega de la carta de consentimiento donde se pide permiso a los respectivos rectores de las instituciones que participaron en el estudio, igualmente se explicó a los estudiantes la finalidad de la investigación, brindándoles la libertad de realizar

las encuestas, asegurando la confidencialidad de las mismas.

La prueba piloto se realizó en el primer semestre de 2011, en una muestra del 5% de la población, los cuales fueron escogidos al azar de cuarto a sexto grado de los colegios a investigar; el procedimiento tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos. La prueba final se realizó en el mismo semestre.

Las variables nominales se describieron mediante tablas de frecuencia, las variables numéricas mediante una medida de tendencia central (promedio) y una medida de dispersión (desviación estándar). La relación entre variables nominales se probó mediante la prueba de χ^2 la relación entre variables numéricas y nominales se estudió mediante la prueba T o análisis de varianza según el caso. Utilizando un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$. La base de datos se elaboró empleando el programa Excel 2007 (Microsoft Corporation), y se procesó empleando el programa IBM SPSS 19 (IBM Corp.).

En el momento de aplicar las encuestas a los participantes de la investigación, se tuvo en cuenta consideraciones éticas que abarca la entrega del consentimiento informado dirigido, tanto a los rectores, como a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de tres instituciones educativas de la ciudad de Manizales, solicitando el permiso respectivo para la elaboración del estudio y la explicación de los objetivos del trabajo; además se brindó la libertad para realizar la encuesta, garantizando completo anonimato de las mismas.

Resultados

En el presente estudio se analizó una población de 449 estudiantes que cursan actualmente cuarto, quinto y sexto grado de educación básica, vinculados a instituciones educativas públicas de la ciudad de Manizales (Colombia), de los cuales el 59% son hombres; con edad promedio de 11 años (Ic95%: 11,21-11,46). El

69,9% de los estudiantes se encuentran cursando básica secundaria. La mayoría pertenecen a estrato social 2 con 37,8% (Ic95%: 33,3%-42,5%), y el 92,9% pertenecen al área urbana. Además se observa que en cuanto al tipo de familia, el 34,7% (Ic95%: 30,4%-39,4%) viven con ambos padres y aproximadamente en promedio 5 personas conforman el núcleo familiar, teniendo dos hermanos en promedio dentro de los cuales el 76,6% asisten a la escuela y el 14,8% de ellos, trabajan cuando no asisten a la escuela. La investigación indicó también que el 64,6% (Ic95%: 59,9%-69%) de los estudiantes duermen solos en sus camas (Tabla 1).

Tabla 1. Variables demográficas de la población estudiantil de cuarto a sexto grado que participó en el estudio sobre la caracterización del maltrato infantil, pertenecientes a instituciones educativas públicas de la ciudad de Manizales, durante el primer periodo del año 2011.

Variables	Niveles	N	%
Género	Masculino	265	59,0
	Femenino	184	41,0
	Faltantes	0	0
Edad	Datos Válidos	448	
	Promedio	11,33	
	Des. Est.	1,393	
	Mínimo	8	
	Máximo	17	
Escolaridad	Primaria	134	30,1
	Secundaria	311	69,9
	Faltantes	4	
Estrato Social	2	167	37,8
	3	160	36,2
	1	96	21,7
	4	18	4,1
	5	1	0,2
	Faltantes	7	
Procedencia	Urbana	408	92,9
	Rural	30	6,8
	Faltantes	10	
Tipo de Familia	Dos padres	156	34,7
	Dos padres y hermanos	80	17,8
	Sólo Madre	60	13,4
	Otros	119	26,1
	Faltantes		

Tabla 1. Variables demográficas de la población estudiantil de cuarto a sexto grado que participó en el estudio sobre la caracterización del maltrato infantil, pertenecientes a instituciones educativas públicas de la ciudad de Manizales, durante el primer periodo del año 2011.			
Variables	Niveles	N	%
Tipo de Familia (individual)	Dos Padres	266	59,2
	Hermanos	168	37,4
	Solo Madre	146	32,5
	Tíos	48	10,7
Número de personas en la casa	Datos Válidos	444	
	Promedio	4,78	
	Des. Est.	1,867	
	Mínimo	1	
	Máximo	17	
Número de Hermanos	Datos Válidos	426	
	Promedio	1,85	
	Des. Est.	1,646	
	Mínimo	0	
	Máximo	13	
¿Hermanos asisten a la escuela?	SI	307	76,6
	NO	94	23,4
	Faltantes	48	
Hermanos trabajan cuando no asisten a la escuela	SI	60	14,8
	NO	345	85,2
	Faltantes	44	
Duerme solo en la cama	SI	290	64,6
	NO	159	35,4
	Faltantes	0	
Número de personas con quien duerme	Datos Válidos	171	
	Promedio	1,19	
	Des. Est.	0,406	
	Mínimo	1	
	Máximo	3	
Persona con quien duerme	Hermanos	75	44,6
	Madre	57	33,9
	Abuelos	11	6,5
	Otros	17	10,2
	Faltantes	281	
Persona con quien duerme (individual)	Hermanos	91	20,3
	Madre	75	16,7
	Abuelos	12	2,7
	Tíos	3	0,7

Se incluyó en la investigación, la tenencia de necesidades básicas, consignados en la Tabla 2; se observó que el 83,3% (LC95%:79,5%-86,6%) de las viviendas

eran de cemento y en el 41,8% de los casos presentaban todos los servicios públicos incluyendo agua, luz, teléfono, gas, televisión e internet, en total el 50,1% disponen del servicio de Internet. Se observó que el 94,8% de la población poseen seguridad social, siendo la más frecuente una EPS en 63,9%. De la muestra total, el 55,7% de estudiantes no han sido vacunados últimamente y el 79,7% no asisten al comedor escolar.

Tabla 2. Necesidades básicas que posee la población de estudiantes de cuarto a sexto grado pertenecientes a instituciones educativas públicas de la ciudad de Manizales incluidos en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil.			
		N	%
Material de Vivienda	Cemento	370	83,3
	Bahareque	67	15,1
	Cem/Bah	6	1,4
	Tierra	1	0,2
	Faltantes	5	
Servicios Básicos	A L TI G Tv I	187	41,8
	A L TI G Tv	83	18,6
	A L G Tv	60	13,4
	A L TI G	28	6,3
	Otros	89	19,9
	Faltantes	2	
Servicios Básicos (individual)	Agua	445	99,1
	Luz	447	99,6
	Gas	405	90,2
	Televisión	374	83,3
	Teléfono	319	71,0
	Internet	225	50,1
Seguridad Social	SI	420	94,8
	NO	23	5,2
	Faltantes	6	
Tipo de Seguridad Social	EPS	287	63,9
	Sisben	132	29,4
	Faltantes		
Esquema de Vacunación	SI	192	44,3
	NO	241	55,7
	Faltantes	16	
Comedor Escolar	SI	88	20,3
	NO	346	79,7
	Faltantes	15	

A: Agua / L: Luz / TI: Teléfono / G: Gas / Tv: Televisión / I: Internet

La Tabla 3, muestra las variables que pueden estar asociadas con la presencia de maltrato infantil, como el consumo de licor en la persona encargada de cuidar al niño con frecuencia del 29,1% (Ic95%:25%-33,6%), siendo el padre, con un 35,3% el más frecuente consumidor. En cuanto a consumo de drogas psicoactivas se encontró que es habitual en el 5,1% (Ic95%:3,4%-7,7%) en la persona que cuida el niño. El 18,3% (Ic95%:14,9%-22,3%), de las personas que cuidan los niños, presentaron antecedentes de maltrato infantil, siendo la madre la más frecuente con 11,6% sobre el total de la población. El 24,2% (Ic95%:20,3-28,5) pelean con sus compañeros, el 60% (Ic95%:55,3-64,6) se quedan cayados y tristes cuando les da rabia con alguien, 40,1% afirman que su comportamiento es comprendido por los docentes de la institución. La escala CTPC presentó un α de Cronbach de 0,873 El promedio de la Escala de Conflicto es de 12,82% (Ic95%:8,5%-9,92%) y del APGAR familiar fue de 16,2, presentando una buena función familiar en el 48,5% de los casos (Ic95%: 43,8%-53,3%).

Tabla 3. Historia de Maltrato presentado en las familias y en las instituciones educativas de los estudiantes de cuarto a sexto grado incluidos en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales

		N	%
Consumo de Licor en las personas que cuidan al niño	No	316	70,7
	Si	130	29,1
	Faltantes	2	
Persona que consume licor que cuida al niño	Padre	47	35,3
	Tíos	20	15
	Abuelos	10	7,5
	Madre	10	7,5
	Otros	46	35,2
	Faltantes	316	
Familiar que consume licor	Padre	78	17,4
	Tíos	39	8,7
	Madre	38	8,5
	Hermanos	21	4,7
	Abuelos	17	3,8
Consumo de Drogas en las personas que cuidan al niño	SI	23	5,1
	NO	425	94,9
	Faltantes	1	

Tabla 3. Historia de Maltrato presentado en las familias y en las instituciones educativas de los estudiantes de cuarto a sexto grado incluidos en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales

		N	%
Familiar que cuida al niño y consume droga	Tíos	10	37
	Hermanos	5	18,5
	Padre	4	14,8
	Abuelos	2	7,4
	Otros	6	22,2
	Faltantes	422	
Familiar que consume drogas	Tíos	12	2,7
	Padre	8	1,8
	Hermanos	7	1,6
	Madre	6	1,3
	Abuelos	4	0,9
Desorden Psiquiátrico en la persona que cuida al niño	SI	24	5,4
	NO	424	94,6
	Faltantes	1	
Familiar con desorden psiquiátrico	Tíos	11	40,7
	Abuelos	5	18,5
	Madre	5	18,5
	Madre, Padre, Abuelos, Tíos, Hnos	3	11,1
	Otros	3	11,1
	Faltantes		
Familiar con desorden psiquiátrico (individual)	Tíos	15	3,3
	Madre	9	2
	Abuelo	8	1,8
	Padre	5	1,1
	Hermanos	5	1,1
Historia de Maltrato Infantil en la persona que cuida al niño	SI	82	18,3
	NO	366	81,7
	Faltantes	1	
Familiares, que cuidan al niño y tienen historia de Maltrato Infantil	Madre	37	47,4
	Padre	15	19,2
	Abuelo	5	6,4
	Madre, Padre	5	6,4
	Otros	16	20,7
	Faltantes	371	
Familiares con historia de Maltrato Infantil (individual)	Madre	52	11,6
	Padre	27	6
	Tíos	11	2,4
	Abuelos	10	2,2
	Hermanos	7	1,6

Tabla 3. Historia de Maltrato presentado en las familias y en las instituciones educativas de los estudiantes de cuarto a sexto grado incluidos en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales			
		N	%
Tipo de Maltrato	Físico	54	69,2
	Físico, Psicológico	12	15,4
	Psicológico	6	7,7
	Sexual	5	6,4
	Otros	1	1,3
	Faltantes	371	
Tipo de Maltrato (individual)	Físico	68	15,1
	Psicológico	19	4,2
	Abuso Sexual	6	1,3
Pelea con los compañeros de la escuela	SI	108	24,2
	NO	339	75,8
	Faltantes	2	
¿Qué hace cuando tiene rabia con los compañeros?	Callado y triste	266	60
	Insultos	83	18,7
	Golpes	69	15,6
	G o l p e s e Insultos	17	3,8
	Otros	8	1,9
	Faltantes	6	
Acción con rabia (individual)	Callado y triste	275	61,2
	Insultos	105	23,4
	Golpes	90	20
¿Cómo responden los profesores?	Comp. Compota.	175	40,1
	Apoyan tareas	85	19,5
	Regañan	78	17,9
	Apoyo y comp.	47	10,8
	Otros	51	11,6
	Faltantes	13	
Respuesta de los profesores (individual)	Comprensivos	246	54,8
	Apoyan con tareas	170	37,9
	Regañan	101	22,5
	Golpes	1	0,2
Escala de Conflicto (% sobre el máximo posible de la escala)	Datos Válidos	449	
	Promedio	9,21	
	Desviación Estándar	7,63	
	Mínimo	0	
	Máximo	73,58	

Tabla 3. Historia de Maltrato presentado en las familias y en las instituciones educativas de los estudiantes de cuarto a sexto grado incluidos en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales		N	%
Puntaje Funcionalidad familiar	Datos Válidos	445	
	Promedio	16,29	
	D e s v i a c i ó n Estándar	4,17	
	Mínimo	0	
	Máximo	20	
Categorización de funcionalidad f de nunca de 40,amiliar	Buena Función	216	48,5
	Disfunción Leve	142	31,9
	D i s f u n . Moderada	52	11,7
	Disfunción Severa	35	7,9
	Faltantes	4	

La escala de estrategias de resolución de conflictos (CTSPC para niños) aplicada a los estudiantes que participaron en el estudio, incluye preguntas que reflejan presencia de maltrato en la familia y/o en el colegio; la Tabla 4 muestra preguntas que se consideraron importantes sobre la presencia de maltrato. Se destacan las preguntas 38 (Cuando me castigan me pegan con la mano) con una proporción de nunca de 59,8%, la 39 (Cuando me castigan me pegan con un cinturón) con una proporción de nunca de 66,3%, la 40 (Cuando me castigan me pegan con un cable) con una proporción de nunca de 90,5%, 30 (A veces tengo quemaduras de plancha) con una proporción de nunca de 89,1%.

Tabla 4. Alguna preguntas específicas de la Escala de Conflicto aplicada a los estudiantes de cuarto a sexto grado de instituciones públicas, quienes participaron en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales							
Veces:	M 20	11-20	6-10	3-5	2	1	Nunca
P8	N	2	0	2	8	5	21
	%	0,5	0	0,5	1,9	1,2	91
P9	N	8	4	5	9	32	45
	%	1,8	0,9	1,2	2,1	7,4	10,4
							76,3

Tabla 4. Algunas preguntas específicas de la Escala de Conflicto aplicada a los estudiantes de cuarto a sexto grado de instituciones públicas, quienes participaron en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales

Veces:	M 20	11-20	6-10	3-5	2	1	Nunca	
Disciplina no violenta								
P12	N	163	28	37	31	43	68	76
	%	37,4	6,4	6,2	7,1	9,9	15,6	17,4
P13	N	93	29	15	24	49	62	139
	%	22,6	7,1	3,6	5,8	11,9	15,1	33,8
P14	N	22	8	7	22	19	52	287
	%	5,3	1,9	1,7	5,3	4,6	12,5	68,8
P15	N	42	18	20	25	46	78	188
	%	10,1	4,3	4,8	6	11	18,7	45,1
P16	N	37	13	17	20	24	81	219
	%	9	3,2	4,1	4,9	5,8	19,7	53,3
Agresión Psicológica								
P17	N	4	2	3	4	9	16	381
	%	1	0,5	0,7	1	2,1	3,8	90,9
P18	N	2		2	8	5	21	384
	%	0,5		0,5	1,9	1,2	5	91
P19	N	4	2	4	7	9	19	376
	%	1	0,5	1	1,7	2,1	4,5	89,3
P20	N	5		3	7	9	16	382
	%	1,2		0,7	1,7	2,1	3,8	90,5
P21	N	14	6	7	7	10	52	331
	%	3,3	1,4	1,6	1,6	2,3	12,2	77,5
P27	N	7	7	8	9	17	33	344
	%	1,6	1,6	1,9	2,1	4	7,8	80,9
P30	N	3	1	3	6	11	23	385
	%	0,7	0,2	0,7	1,4	2,5	5,3	89,1
P33	N	4		2	7	9	29	259
	%	1,3		0,6	2,3	2,8	9,4	83,5
P37	N	28	10	8	13	28	69	247
	%	6,9	2,5	2	3,2	6,9	17,1	61,3
P38	N	18	9	14	18	32	70	239
	%	4,5	2,3	3,5	4,5	8	17,5	59,8
P39	N	14	9	16	17	29	47	289
	%	3,6	2,3	4,1	4,3	7,4	12	66,3
P40	N	4		3	6	7	17	352
	%	1		0,8	1,5	1,8	4,4	90,5
P41	N	7	2	3	11	17	17	324
	%	1,8	0,5	0,8	2,9	4,5	4,5	85
P48	N	49	9	13	28	49	68	188
	%	12,1	2,2	3,2	6,9	12,1	16,8	46,5
P49	N	17	8	3	21	20	39	285
	%	4,3	2	0,8	5,3	5,1	9,9	72,5

Tabla 4. Algunas preguntas específicas de la Escala de Conflicto aplicada a los estudiantes de cuarto a sexto grado de instituciones públicas, quienes participaron en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales

Veces:	M 20	11-20	6-10	3-5	2	1	Nunca	
P50	N	53	12	15	27	37	68	195
	%	13,2	2,9	3,7	6,6	9,1	10,7	47,8
P51	N	10	4	6	12	13	30	318
	%	2,5	1	1,5	3,1	3,3	7,6	80,9
P52	N	9	3	7	7	16	35	314
	%	2,3	0,8	1,8	1,8	4,1	9	80,3
P53	N	34	5	8	10	27	42	270
	%	8,6	1,3	2	2,5	6,8	10,6	68,2
P9: Mis padres trabajan y me ofenden								
P8: Mis padres trabajan y: <i>me gritan</i>								
P9: Mis padres trabajan y: <i>me ofenden</i>								
P12: Cuando haces algo malo, <i>te explican qué estuvo mal</i>								
P13: Cuando haces algo malo..... <i>me dicen que deje de hacer lo que estaba haciendo</i>								
P14: Cuando haces algo malo..... <i>me obligan a permanecer en algún lugar</i>								
P15: Cuando haces algo malo..... <i>me indican que haga otra cosa</i>								
P16: Cuando haces algo malo, <i>me quitan privilegios, permisos y mesadas</i>								
P17: Tus papás te dicen que..... <i>Te van a dejar o abandonar</i>								
P18: Tus papás te dicen que..... <i>te van a echar de la casa o llevarte lejos</i>								
P19: Tus papás te dicen que..... <i>Eres feo, estúpido e inútil</i>								
P20: Tus papás te dicen que..... <i>tus padres se van a separar por tu culpa</i>								
P21: Tus papás te dicen que..... <i>se niegan a hablarte</i>								
P27: A veces tengo: <i>moretones</i>								
P30: A veces tengo: <i>quemaduras de plancha</i>								
P33: Me he roto un hueso A veces								
P37: Cuando me castigan.... <i>no me pegan</i>								
P38: Cuando me castigan.... <i>me pegan con la mano</i>								
P39: Cuando me castigan.... <i>me pegan con un cinturón</i>								
P40: Cuando me castigan.... <i>me pegan con un cable</i>								
P41: Cuando me castigan: <i>me pegan con algún otro objeto</i>								
P48: Cuando me porto mal..... <i>no veo televisión</i>								
P49: Cuando me porto mal..... <i>me pellizcan</i>								
P50: Cuando me porto mal..... <i>no salgo a jugar</i>								
P51: Cuando me porto mal..... <i>me dan coscorrones</i>								
P52: Cuando me porto mal..... <i>me pegan en la boca</i>								
P53: Cuando me porto mal..... <i>no me dicen nada</i>								

Relaciones entre variables

Mediante el procedimiento de análisis de varianza se intentó explorar la dependencia entre el valor de la escala de conflicto y las variables: funcionalidad familiar, género, estrato social, procedencia, si el niño duerme solo en la cama, si trabaja o no, si la persona que lo cuida consume licor o no, si consume drogas o no, si presenta antecedente de maltrato o no, material de la casa, y si el niño pelea con sus compañeros. En la tabla 5 se expresan los resultados del análisis de varianza que indican la dependencia significativa entre la funcionalidad familiar ($p=0,028$) en relación con el resultado de la escala CTSPC. Se observa que a mejor funcionalidad familiar, menor valor de la escala. La tabla 5 muestra la discriminación de promedios de Tukey y Duncan. Este resultado puede expresarse diciendo que hay promedios individuales significativamente diferentes entre sí, pero no hay grupos de promedios significativamente diferentes entre sí, en lo referente a la prueba de Tukey, en lo que se refiere a la prueba Duncan si hay grupos de promedios significativamente diferentes entre sí.

Tabla 5. Porcentaje de estudiantes sobre el máximo de posibles resultados en la escala de conflicto que pertenecen a cuarto a sexto grado incluidos en el estudio sobre la caracterización del Maltrato Infantil en la ciudad de Manizales

Prueba	Funcionalidad Familiar	N	Subconjunto		
			1	2	3
Prueba de Tukey	Buena Función	216	7,99		
	Disfunción Leve	142	9,27		
	Disfunción Moderada	52	10,99	10,99	
	Disfunción Severa	35		13,98	
Prueba de Duncan	Buena Función	216	7,99		
	Disfunción Leve	142	9,27	9,27	
	Disfunción Moderada	52		10,99	
	Disfunción Severa	35			13,98

Se muestran las medias de los grupos de subconjuntos homogéneos.

Se encontró igualmente dependencia significativa entre el género y la escala CTSPC ($p=0,015$); el promedio de la escala CTSPC para los estudiantes de género femenino es 8,16 y para el género masculino es 9,94. También entre dormir solo en la cama y la escala CTSPC ($p=0,019$) 10,35 y 8,58 para no y si respectivamente. Se encuentra dependencia significativa entre el consumo de licor de las personas que cuidan a los estudiantes participantes del estudio ($p=0,013$), y la escala CTSPC, el promedio de la escala de conflicto para los niños que son cuidados por personas que consumen licor es en promedio 10,62 y es 8,66 para los niños que son cuidados por personas que no consumen licor. Situación análoga se encuentra cuando las personas que cuidan el niño tienen antecedentes de maltrato, también se encuentra dependencia significativa ($p=0,001$) la escala CTSPC presenta los valores de 11,76 y 8,65 para sí y no. Se observa además dependencia significativa entre los estudiantes que pelean con los compañeros del grupo y la escala CTSPC, con $p=0,004$, en promedio el valor de la escala es de 8,6 en los niños que no pelean con sus compañeros, y de 11 en los que sí pelean. No se encontró relación significativa entre la edad del estudiante y el valor de la escala CTSPC en el presente estudio.

Discusión

Los resultados de la aplicación de la escala CTSPC versión para niños, muestran maltrato en proporciones no despreciables en esta población. En primer lugar el castigo físico sigue presentándose en proporciones considerables, pues al 40,2% los castigan pegándole con la mano, al 33,7% aun lo castigan pegándole con cinturón, el 9,5% de la población es castigada con más sevicia, pegándoles con un cable, una proporción parecida 10,9% ha presentado por lo menos una quemadura por plancha, desde luego ningún castigo que implique maltrato físico es aceptable. Aproximadamente el 9% han

sido amenazados con abandono, o ser echados de la casa. Castigos más adecuados no se presentan en proporciones del 100%, solo al 61,3% nunca le pegan cuando lo castigan, castigos como no ver televisión se presentan en el 43,7% de la población, o no salir a jugar en el 52,2%. Por otra parte al 31,8% de la población nunca le dicen nada cuando se porta mal, lo cual tampoco es una conducta aceptable.

Vizcarra y col²⁶, en su estudio publicado en el año 2001, sobre maltrato infantil en la ciudad de Temuco (Chile), muestra resultados similares a los del presente estudio. En este caso se aplicó la escala CTSPC a 422 madres en sus hogares, 42,3% de las cuales reconocieron infringir castigo corporal a sus hijos (sacudirle, golpearle en las nalgas con palo o cinturón, golpearle en las nalgas con la mano, pellizcarle, palmada en la cara o en la parte de atrás de la cabeza). Estas conductas son catalogadas por la escala CTSPC, como agresión física leve. Esta proporción es comparable a los valores encontrados en el presente estudio, y mencionados arriba. Es de anotar que esta escala aplicada a las madres considera pegar al niño con cinturón en parte diferente a la nalga, como agresión física grave. En el presente estudio no se interrogó sobre la parte del cuerpo donde se infringe el castigo. La agresión física grave en el estudio de Temuco tuvo una proporción del 2,6%, esta proporción aumenta en el presente estudio a 10% aproximadamente. Igualmente en el estudio de Temuco se encontró una agresión psicológica máxima de 8,8% en el aspecto de *lo llamó feo, estúpido e inútil y se negó a hablarle* comparado con 22,5% obtenido en el presente estudio para el aspecto *se niegan a hablarte*. Al igual que en el presente estudio en el trabajo de Temuco también se encontró relación entre maltrato y consumo de alcohol y antecedentes de maltrato en los padres.

La caracterización del maltrato infantil en una población determinada de la ciudad de Manizales se ha relacionado a diversos factores. En el estudio realizado por Bolaños³ y colaboradores

para definir el perfil epidemiológico de los casos de maltrato infantil en el Hospital Universitario San José de Popayán (Colombia) durante el año 2008 muestra que el maltrato hacia el menor, en todas sus formas, fue predominante en un 52,78% en el sexo femenino, aunque el maltrato infantil por negligencia fue el más frecuente representando un 52,8% del total de casos, y de éstos, 11 de 19 casos pertenecen al sexo masculino, y 8 al femenino. Aunque en la sociedad se considera que la persona más susceptible a presentar maltrato infantil es la niña, se observa que en las poblaciones estudiadas en la presente investigación hay más presencia de maltrato en el niño.

De acuerdo al boletín de la infancia y adolescencia Desafíos entregado por la Unicef en el año 2009²⁷, los registros de las denuncias indican que el maltrato infantil es mayor cuanto menor es la edad del niño, mientras que el abuso sexual se presenta, en general, cuando las víctimas, principalmente las niñas, tienen de 7 a 11 años, y lamentablemente esta última forma de maltrato es la menos denunciada, más aún cuando se trata de integrantes de la familia o personas conocidas por ella. Específicamente se refiere que el 32% de los niños que son objeto de abuso físico, son menores de 5 años; el 27% están entre los 5 a 9 años; el 27% están entre los 10 a 14 años y el 14% entre los 15 y los 18 años²⁷, en el presente estudio no se encontró relación significativa entre edad del niño y el valor correspondiente de la escala CTSPC.

Se discutió sobre la asociación del maltrato y el nivel o estrato socioeconómico en la cual había más incidencia. Aunque si bien el maltrato infantil es una situación que puede presentarse en todas las clases sociales, en la revisión de casos de abuso infantil realizada por Muñoz²⁸ en la ciudad de Popayán en el año 2006 se observó mayor frecuencia de maltrato en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza y cuyos padres poseen un nivel educativo bajo. Complementando las afirmaciones, en un estudio realizado por Gómez²⁹ y

colaboradores, para describir las características y factores de riesgo para el maltrato infantil y la negligencia infantil en 591 niños y adolescentes de Chile, indican que de la población, 354 ingresos al programa, presentaron maltrato infantil, el 17,1% corresponden a nivel socioeconómico medio y un 40,6% a nivel socioeconómico bajo, pero ubicados sobre la línea de la pobreza. Un 42,3% de las familias viven bajo la línea de la pobreza, con un 33,2% de pobres no indígenas y un 9,1% de situaciones de indigencia. En el presente estudio, el mayor porcentaje de estudiantes se encuentran ubicados en estrato socioeconómico 2 con 37%, pero no se identificó que en dicha población sea mayor el valor de la Escala CTSPC.

También se encontró como factor importante relacionado al antecedente de maltrato en la infancia de la persona que cuida al niño, en un estudio descriptivo de corte transversal realizado por Blanco y colaboradores¹, sobre el maltrato intrafamiliar en niños de 8 a 10 años de edad pertenecientes al área de salud "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba en el año 2000, se observó que en el 73,8% que la persona que cuidaba al niño, había recibido algún tipo de maltrato durante su infancia. En el estudio realizado, del total de la población, sólo el 18,3% de los participantes muestran historia de maltrato en la persona cuidadora, con más frecuencia la madre en el 11,6%. El maltrato físico fue el más habitual con el 69,2% de los casos, seguido por el sicológico con el 7,7%. Igualmente en el presente estudio se encontró que el niño cuidado por una persona con previo maltrato en su infancia presenta un valor significativamente mayor en la escala CTSPC. Estos resultados refuerzan la hipótesis de la transmisión generacional del daño como se menciona en ²⁶ ya que en estas familias los niños aprenden que el amor y la violencia pueden coexistir y que ésta es un modo aceptado de resolver los conflictos, lo cual implica una tradición cultural difícil de cambiar.

También en este estudio se reporta un 56,3% de abuso físico en los niños, 55,7% de abuso

emocional y 16,3% de negligencia. Cifras algo mayores a las obtenidas en la presente investigación. En el estudio de Cuba se identificó a la madre como la más maltratadora, e igualmente en el estudio de Temuco, en la presente investigación no se indagó sobre ese aspecto. Los métodos persuasivos se emplearon en un 13,8% cifra bastante inferior a la obtenida en el presente estudio de 50% aproximadamente.

Aunque en el estudio mencionado de Blanco y colaboradores no se demostró asociación significativa entre padres alcohólicos y maltrato infantil, en una revisión retrospectiva de historias clínicas de niños hospitalizados con diagnóstico de maltrato infantil provocados por agresores bajo los efectos del alcohol en un hospital de la ciudad de La Paz-Bolivia durante el periodo de 2000 al 2003³⁰, el 57,9% de las internaciones fueron causados por agresores bajo el efecto del alcohol, denunciados y fue necesaria la hospitalización debido a la gravedad del niño. La madre bajo efectos del alcohol es la que más comete maltrato infantil (40,3%) y en menor porcentaje los padres (29%) y los padrastros en 22,5%. La investigación realizada en Manizales, indicó la presencia de consumidores de alcohol en el 29,1% de los casos, sin embargo esto no indica que todos estos casos, causen maltrato a los niños, aparte de esto, se observó que el padre fue el más relacionado con el consumo de alcohol en el 35,3%. En el presente estudio los niños cuyos cuidadores presentaban consumo de licor, tenían un valor en la escala CTSPC significativamente mayor. En Colombia el abuso de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, tiene una gran influencia en la probabilidad de ocurrencia de todas las formas de abuso de los hombres adultos sobre mujeres y menores de edad³¹.

En las observaciones realizadas por Zambrano en la ciudad de Bogotá, año 2004³², se presentaron claras evidencias de las consecuencias que produce en el niño la violencia intrafamiliar, entre ellas se encuentran agresividad, problemas de conducta, desatención,

inseguridad, entre otras. Cuando el niño que ha presentado maltrato se enfrenta a un entorno educativo presenta gran vulnerabilidad hacia las condiciones de adversidad que lo rodean y pueden ser extremadamente sensibles a la agresividad que se enfrenta. Lo que indica que el daño físico y emocional van a producir una respuesta agresiva hacia el medio que rodea al niño, aunque se debe considerar la subjetividad de cada niño. También en el presente estudio se encuentra que los niños que pelean con sus compañeros en general presentan un valor significativamente mayor de la escala CTSPC. Importante notar también el apoyo que genera el personal docente hacia estas situaciones, puesto que son frecuentemente comprensivos con el comportamiento (40,1%) y generan apoyo en el ámbito principalmente escolar.

Análogamente se observa relación significativa entre el valor que asume la escala CTSPC y la funcionalidad familiar, mostrando una proporción inversa entre ellos, pues a mayor funcionalidad familiar, hay menor valor de la escala. Analizando lo obtenido, se puede deducir que la relación intrafamiliar influye en el buen desenvolvimiento del niño en cualquier entorno al que se exponga, pues la dinámica familiar de aceptación y apoyo permite que el niño trabaje por sí mismo a lograr sus metas.

La presente investigación muestra maltrato infantil intrafamiliar en aproximadamente el 40% de la población estudiada, esta tasa coincide con la del 36,1% detectada para el país por la UNICEF y el ministerio de Protección Social³³. Según¹ el castigo corporal contribuye a la violencia porque puede servir como un modelo para resolver problemas mediante el abuso interpersonal. El agravante del maltrato infantil detectado en esta población consiste en que es cotidiano, de presencia corriente al interior de los hogares, y que no es percibido ni por los padres ni por el niño como maltrato. Maltratado no es solo el niño que llega a un Hospital con múltiples fracturas causadas por las “palizas” que les dan sus acudientes, sino

también el niño que día a día es víctima de golpes, humillaciones y amenazas veladas o explícitas por parte de sus acudientes. Este resultado es el reflejo de la creencia popular, al parecer aún muy arraigada de que la “letra con sangre entra”, esta situación es común a toda Colombia, y al parecer las políticas gubernamentales que se han ejecutado desde 1990 no han dado el resultado adecuado. El problema del maltrato infantil impacta al individuo, a la familia, y a toda la sociedad, puesto que el niño maltratado tiende a reproducir esta conducta a todo nivel hasta cuando llega a la adultez. Cambiar esta actitud es complejo, pues implica un cambio cultural de grandes proporciones que solo se logaría con intensas campañas de los organismos gubernamentales pertinentes dirigidas al grueso de la población, y a cambiar arraigadas formas de pensar y sentir.

Paradójicamente es el interior de la familia, donde el niño debería estar mejor protegido, el escenario primario del maltrato infantil. Se plantean varios factores como causas del maltrato a los hijos, tales como la pobreza y la miseria, los entornos culturales y familiares violentos, comunes en Colombia y las condiciones de la historia y de la salud mental del maltratador. La persona maltratante, en el fondo, no es responsable de su acción, puesto que actúa impulsado por motivaciones culturales, y rancias tradiciones transmitidas por el devenir histórico de la sociedad. La violencia sobre el niño dependerá de algo que no marcha en el individuo, en la familia y en la sociedad³⁴. De ahí la profundidad de las campañas que deberán realizar las instituciones pertinentes, para remover imaginarios culturales profundamente arraigados en la población.

Los resultados mostrados en este estudio son expresión de lo que sucede en el mundo interior de muchos niños, de cuánto pueden sufrir en silencio y de la necesidad imperiosa de penetrar en el espacio familiar¹.

Como se ha mencionado tradiciones y reglas familiares ocultan el maltrato infantil, lo

encubren, y lo justifican. Estar alertas para prevenir, atenuar o eliminar todo aquello que atente contra la felicidad de los pequeños y de la propia familia, debe ser un reto para todos: padres, maestros y especialmente para el personal de la atención primaria de salud¹.

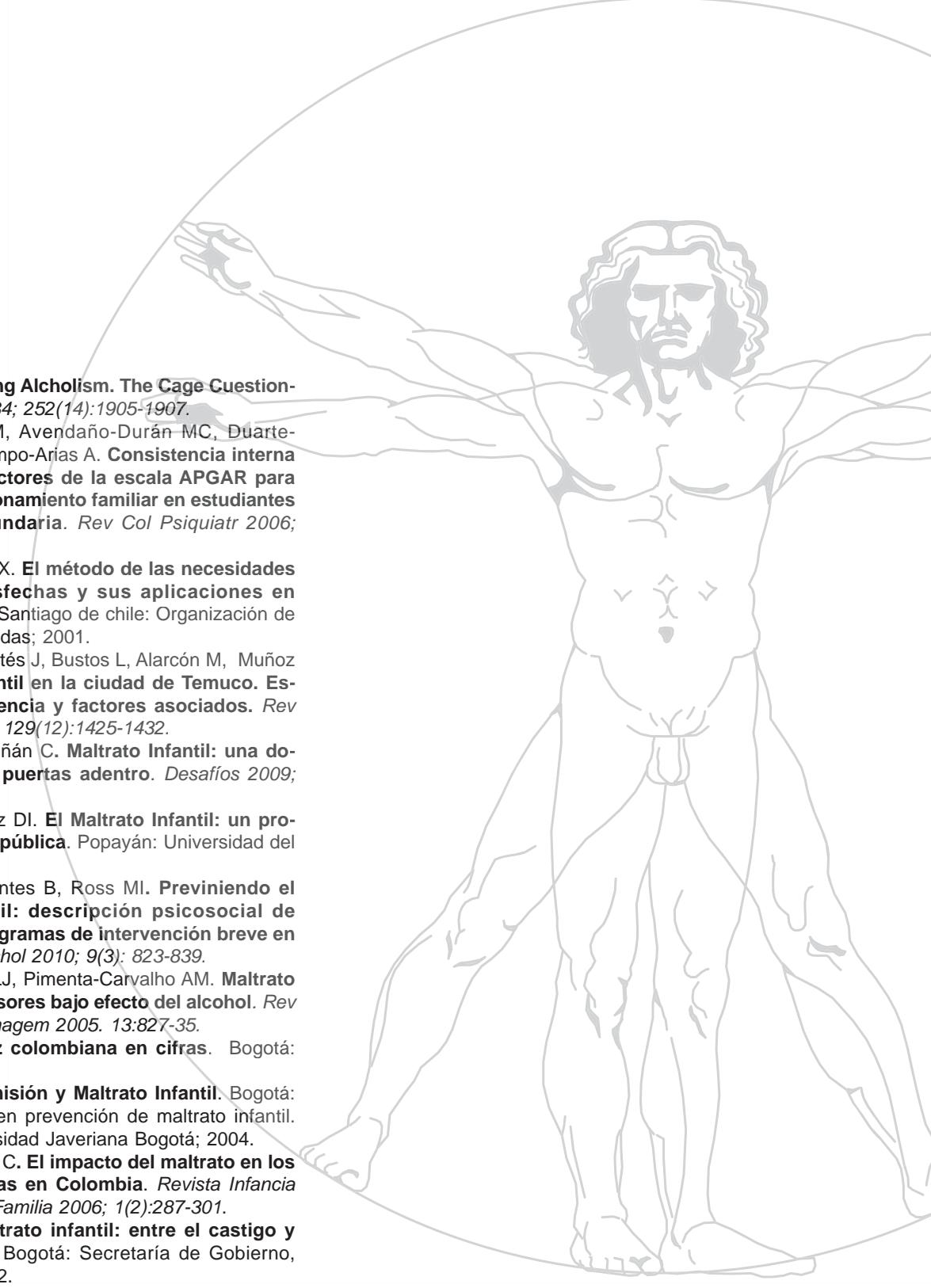
En el estudio se encontraron algunas limitaciones como la dificultad en la comprensión de

la encuesta por parte de los estudiantes, puesto que se presentaron dudas en la resolución del cuestionario de la escala CTSPC para niños. Igualmente se contó con la falta de sinceridad de algunos alumnos, por lo que no se puede definir con exactitud la confiabilidad de los resultados, incluso cuando se les sugirió que lo hicieran con franqueza.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Literatura citada

1. Blanco-Tamayo I, Salvador-Álvarez S, Cobián-Mena A, Bello-Sánchez A. **Maltrato Infantil Intrafamiliar, en un área de salud de Santiago De Cuba.** *Medisan 2000; 4 (3): 30-37.*
2. Mazadiego T. **Detección de maltrato infantil en una muestra de escuelas primarias.** *Enseñanza e investigación en psicología 2005; 10(002):281-293.*
3. Bolaños A, Echeverría A, Muñoz I. **Perfil Epidemiológico de los casos de Maltrato Infantil detectados en el Hospital Universitario San José durante el año 2008.** Popayán: Universidad del Cauca; 2009.
4. Straus MA. **Conflict Tactics Scales in Encyclopedia of Domestic Violence, N. A. Jackson.** New York: Routledge: Taylor & Francis Group; 2007. Pp 190-197
5. Greve-Carmen G. **Relación entre las conductas desadaptativas en la casa y la escuela y el maltrato físico infantil en niños de primer ciclo básico.** Santiago: Universidad de Chile; 2006.
6. Ribero R, Sánchez F. **Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia.** Bogotá D.C: Universidad de los Andes; 2004.
7. Nelson A, Vargas C, Daniel L, Peyez P. **Características del castigo físico infantil, administrado por padres de tres colegios de Santiago.** Rev Chilena Pediatría 1993; 64 (5): 333-336.
8. Mersky J, Berger L, Reynolds A. **Risk Factors for Child and Adolescent Maltreatment:a Longitudinal Investigation of a Cohort of Inner-City Youth.** *Child Maltreat 2009. 14(1): 73-88.*
9. Fernández G, Perea J. **Síndrome de maltrato infantil.** *Rev Cubana Pediatría 2004;76 (3):0-0.*
10. Unicef. **Tercer Estudio de Maltrato Infantil 2006.** Santiago: Unicef; 2006.
11. Gencer O, Ozbek B, Bozabali R, Cangar S, Miral s. **Suspected Child Abuse Among Victims of Home Accidents Being Admitted to the Emergency Department: A Prospective Survey From Turkey.** *Pediatr Emerg Care 2006; 22(12):794-803.*
12. Hoyos O, Aparicio J, Córdoba P. **Caracterización del maltrato entre iguales en una muestra de colegios de Barranquilla (Colombia).** *PsiCaribe 2005; 16:1-28.*
13. Frías A, Martha; Fraijo S, Blanca. **Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores.** Universidad de Sonora (México). *Estudios de Psicología 2008; 13(1):3-11.*
14. Bellinzona G, Decuadro M, Charczewski G, Rubio I. **Maltrato infantil y abuso sexual Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001.** *Rev Med Urug 2005; 21(1): 59-67.*
15. Zelaya de Migliorisi L, González E, Piris de Almirón L. **Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Nú".** *Pediatr (Asunción) 2009, 36(3):190-1943.*
16. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E. **From Suspicion of Physical Child Abuse to Reporting: Primary Care Clinician Decision-Making.** *Pediatrics 2008; 122:611-619.*
17. De Mattei R, Sherry J, Rogers J, Freeman J. **What Future Health Care Providers Will Need to Know About Child Abuse and Neglect.** *Health Care Manager 28 (4): 320–327.*
18. Asnes AG, M Levental JM. **Managing Child Abuse: General Principles.** *Pediatr Rev 2010; 31:47-55.*
19. Bullock D, Koval K, Moen K, Carney B, Spratt. **Hospitalized Cases of Child Abuse in America: Who, What, When, and Where.** *Pediatr Orthop 2009; 29(3):231-237.*
20. Seldes JJ, Viota A. **Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario.** *Arch Argent Pediatr 2008; 106(6):499-504.*
21. Rice P. **Desarrollo Humano. Estilo del Ciclo Vital.** 2º Ed. Ciudad de México: Prentice-Hall, Hispanoamericana; 1997.
22. Mina L. **Estratificación Socioeconómica como Instrumento de Focalización.** *Economía y Desarrollo 2004; 3(1):53-67.*

- 
23. Ewing J. **Detecting Alcoholism. The Cage Questionnaire.** *JAMA* 1984; 252(14):1905-1907.
 24. Forero-Ariza JM, Avendaño-Durán MC, Duarte-Cubillos ZJ, Campo-Arias A. **Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.** *Rev Col Psiquiatr* 2006; 35(1):23-29.
 25. Feres C, Manyo X. **El método de las necesidades básicas insatisfechas y sus aplicaciones en América latina.** Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2001.
 26. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. **Maltrato infantil en la ciudad de Temuco. Estudio de prevalencia y factores asociados.** *Rev Med Chile* 2001; 129(12):1425-1432.
 27. Larraín S, Bascuñán C. **Maltrato Infantil: una dolorosa realidad puertas adentro.** *Desafíos* 2009; 9:4-9.
 28. Muñoz-Rodríguez DI. **El Maltrato Infantil: un problema de salud pública.** Popayán: Universidad del Cauca; 2006.
 29. Gómez E, Cifuentes B, Ross MI. **Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile.** *Univ Psychol* 2010; 9(3): 823-839.
 30. Abuná-Salcedo LJ, Pimenta-Carvalho AM. **Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol.** *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13:827-35.
 31. Unicef. **La niñez colombiana en cifras.** Bogotá: Unicef; 2002.
 32. Zambrano L. **Omisión y Maltrato Infantil.** Bogotá: Especialización en prevención de maltrato infantil. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá; 2004.
 33. Ramírez-Herrera C. **El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia.** *Revista Infancia Adolescencia y Familia* 2006; 1(2):287-301.
 34. López Y. **El maltrato infantil: entre el castigo y la agresividad.** Bogotá: Secretaría de Gobierno, Compensar; 2002.