Pesquisa de maltrato infantil y juvenil

Flora de la Barra M.¹; Patricio Alvarez P.¹; Virginia Toledo D.¹;
Jorge Rodríguez T.²; Luis Caris N.¹

Inquiry on abuse in children and adolescent at a suburban county of Santiago, Chile

A method for detection and registration of child abuse (demonstrated or suspected) was experimentally applied at a suburban community of Santiago Chile as a contribution to the understanding of the problem in the country and to future development of a national case register. The questionnaire was applied by trained personnel of health, education and justice institutions to cases detected at health centers, schools, police stations and justice courts and to a paired control sample of unrelated cases from the same institutions. Children's characteristics, type of abuse and biological, social and family risk factors were recorded. Characteristics of 145 cases and 125 controls were compared, as well as subtypes of abuse, and different maternal ages. Significant differences were respectively recorded in the frequency of family members with mental diseases (23.8% vs. 11.2%) that lived in the same household as the abused case (67.6% vs. 14.3%); absence of alcohol consumption, (21% vs. 44%), problem alcohol drinkers (23.8% vs. 7.2%) and illicit drug consumption (15.5% vs. 7.2%) among family members; behaviour problems of the child (54% ante 16.8%); use of social aid programmes (26.9% vs. 12.8%); attendance to public township managed schools (79.4% vs. 66.3%); good quality housing (68.8% vs. 88.9%), provisional housing (31.4% vs. 11.5%); participation in community (6.2% vs. 13.6%). These results remain however provisional till completion of wider studies with more refined instruments.

(**Key words:** battered child syndrome, child abuse.)

El maltrato a niños y adolescentes es objeto de creciente preocupación en la comunidad y en las diversas instituciones que atienden niños y adolescentes en Chile, pero la consulta espontánea por este motivo es baja, su detección y, en consecuencia, su denuncia, notificación y registro son insuficientes, surgiendo la necesidad de estimar su magnitud y las variables asociadas para desarrollar acciones y programas específicos de prevención, control y tratamiento del problema¹⁻³. Las acciones llevadas a cabo hasta ahora incluyen la promulgación de leyes que facilitan la protección de las víctimas y la rehabilitación de las familias y la iniciación de pro-

gramas locales en dieciocho servicios de salud del país, apoyados por normativas ministeriales^{2, 4-10}.

El estudio que se presenta a continuación se realizó con los propósitos de probar, entre varios posibles¹¹⁻¹⁹, un método de detección y registro de maltrato en personas menores de 18 años, y analizar algunas variables sociales, biológicas y demográficas de riesgo, basándose en los casos denunciados o detectados por sospecha clínica fundada en servicios de salud, instituciones educacionales o judiciales en una comuna de Santiago.

Material y Método

Se realizó un estudio de casos y controles. Los casos fueron los niños en que se identificó o sospechó fundadamente el maltrato, definido como daño o deterioro provocado por actos voluntarios o marcada desatención por parte de los padres o cuidadores, cuyas formas fueron descritas detalladamente en el instrumento de registro. Los controles fueron niños pareados por edad, seleccionados

1. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Departamentos de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Oriente. Salud Pública. Campus Norte y Sur. Servicio de Salud Metropolitano Suroriente.
2. Estadístico. Profesor Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina, Campus Sur. Financiado por Ministerio de Planificación, UNICEF, Vicaría de Pastoral Social.

entre los consultantes de la misma institución mediante el procedimiento de elegir de la nómina correspondiente al siguiente consultante o denuncia. Para evitar doble registro de los casos detectados en distintos establecimientos se aplicó a cada uno de ellos una clave de identificación constituida por la fecha de nacimiento y las iniciales de su nombre y apellido. Se aseguró por todos los medios la confidencialidad de los datos obtenidos. Los casos detectados fueron derivados para tratamiento de acuerdo al programa vigente para maltrato infantil en el servicio de salud correspondiente a la localidad.

En el período de observación se incluyeron todos los casos registrados durante esta etapa en las instituciones seleccionadas, clasificadas en un sector judicial (grupo 1: juzgados de menores, policía local y del crimen; comisarías policiales uniformada y civil; Instituto Médico Legal; Servicio Nacional de Menores, Servicio Nacional de la Mujer), otro de salud (grupo 2: servicio de urgencia, Hospital Sótero del Río, consultorios de atención primaria y centro comunitario de salud mental familiar) y otro de educación (grupo 3: escuelas, jardines infantiles y salas cunas).

El tamaño de la muestra fue estimado en 350 niños (175 casos e igual número de controles) y el de las pérdidas en 25%. Una vez identificado un caso por el profesional tratante en las instituciones de salud, un entrevistador capacitado registró en el formulario los antecedentes obtenidos del acompañante adulto del niño y seleccionó al control repitiendo con él el procedimiento de registro en la misma forma. En las escuelas, liceos y jardines infantiles los profesores capacitados instruyeron a sus colegas jefes de curso para identificar a alumnos bajo sospecha de ser maltratados y llenaron los formularios, seleccionando como control al siguiente alumno en la lista del curso. Cuando faltaron datos, citó al apoderado. En comisarías policiales, Instituto Médico Legal y juzgados el registro y la evaluación se efectuaron en dos etapas: una visita a la institución, revisión de expedientes, libros de denuncias y peritajes para identificar casos y controles y luego entrevista a un familiar adulto en domicilio del niño.

El instrumento de registro consta de cinco secciones (su versión completa está disponible en la dirección del autor) constituidas por la identificación del niño y la persona que lo acompaña, domicilio, comuna, tipo de vivienda, colegio y consultorio; antecedentes familiares, rol de cada miembro respecto de la situación de maltrato, sospecha o caso confirmado de maltrato infantil, factores de riesgo familiares; características del niño maltratado y factores de riesgo personales (embarazo, parto, enfermedades crónicas, problemas conductuales); tipo y severidad del maltrato y, por último, una para describir la situación de maltrato y las lesiones observadas. El cuestionario fue conocido, discutido y modificado por un equipo asesor del Ministerio de Planificación, quedando finalmente integrado por 248 variables. Se decidió utilizar el formulario completo en todas las instituciones para evaluar la calidad de la información obtenida en cada una de las secciones en los distintos tipos de institución.

En octubre de 1993 se efectuó la coordinación de terreno, realizando entrevistas con jefes, directores y otros profesionales de todas las instituciones involucradas en el proyecto y, un mes después, se hicieron tres talleres de capacitación para profesores, educadoras de párvulos, pro-

fesionales de la salud y los estudiantes de ciencias médicas que realizarían las visitas domiciliarias en casos detectados en comisarías y juzgados. Se nombró un profesional coordinador por cada lugar de trabajo encargado de centralizar y revisar encuestas y se definió el flujograma para el período de observación.

El período de observación del estudio de campo fue de cinco semanas en educación, cuatro en salud y tres en justicia, comenzando en noviembre y diciembre 1993. Las encuestas cumplidas fueron revisadas centralmente por supervisores, codificadas e ingresadas a computación. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico EPIINFO. La información obtenida fue evaluada mediante pruebas estadísticas de Mantel-Hanzel, riesgos relativos y análisis de varianzas.

El número de casos susceptibles de ser pesquisados en el sector justicia fue menor que lo estimado, posiblemente debido a dificultades de acceso a los lugares donde se efectuaban las denuncias y ausencia de registros específicos del maltrato. No había casos registrados en el centro comunitario de salud mental familiar, la oficina local de servicio nacional de la mujer y el consultorio psiquiátrico, porque no atienden niños. En este último establecimiento se realizó la coordinación, capacitación y recolección centralizada de encuestas.

Las dificultades para llenar el instrumento de detección fueron: en salud, altos porcentajes de falta de respuesta sobre el tipo de parentesco con la familia (biológico o adoptado); en educación, defectos en el registro de enfermedad mental, consumo de drogas en la familia y antecedentes de hospitalización del niño y, en los tres sectores, deficiente descripción de las lesiones. El registro de trastornos conductuales en los niños maltratados fue notablemente bueno.

Resultados

El conjunto de encuestados (casos y controles) estuvo constituido por igual número de hombres y de mujeres, cuya edad promedio fue de 7,6 años, 60% cursaban educación básica, los restantes educación media, 3,7% eran hijos adoptados. Setenta y tres y medio por ciento de los niños asistían a colegios municipales, 13% a escuelas privadas subvencionadas, 3,2% particulares y 10,3% otros. En 85,9% de los casos la vivienda era sólida, 28,6% la compartían. El tamaño promedio de las familias era de 5,2 personas, el número de camas por familia 3,7. En la red comunitaria participaban 47,6% de los encuestados, 89,9% utilizaban servicios públicos y 20,4% el servicio social.

En 17,9% de los encuestados había algún familiar con enfermedad mental, 52,1% de los cuales vivían con el niño. Se declaró nunca consumir alcohol en 31,7%, bebedores problema en 16% y consumir otras drogas en 11,6% de las

familias. Se registraron antecedentes de morbilidad del embarazo en 12,5%, el parto en 21,9%, enfermedades crónicas del niño en 15,4%, discapacidad del niño 25% y antecedentes de hospitalización del niño en 14,8% de los casos. En 36,8% de los niños se describieron problemas conductuales, de los cuales 73,4% tenían conductas disruptivas y 8,1% conductas en déficit. Hubo diferencias significativas en la detección de problemas conductuales de los niños en los distintos sectores. La razón de disparidad fue de 2,34% en salud, 37,5% en educación y 5% en los juzgados. Se consignaron 201 personas como sospechosas de causar algún tipo de maltrato en los 145 casos identificados, 104 de aquellas eran mujeres. La edad promedio de los presuntos autores era 34 años.

No se observaron diferencias significativas entre casos de maltrato demostrado o probable y controles en edad, sexo, escolaridad, calidad de hijo biológico o adoptado, independencia y tamaño del grupo familiar, número de camas, antecedentes de morbilidad del embarazo y el parto, enfermedades crónicas, discapacidad y antecedentes hospitalización del niño.

Fueron significativamente diferentes entre los casos de maltrato y los controles el antecedente de algún familiar con enfermedad mental (23,8% ante 11,2%) que vivía con el niño (67,6% ante 14,3%); ausencia de consumo de alcohol en la familia (21% ante 44%); bebedores problema (23,8% ante 7,2%); consumo de drogas en la familia (15,5% ante 7,2%); problemas conductuales del niño (54% ante 16,8%); utilización de servicio social (26,9% ante 12,8%); asistencia a escuela municipal (79,4% ante 66,3%); vivienda sólida (68,8% y 88,9%), transitoria (31,4% y 11,5%); participación en juntas de vecinos (6,2% ante 13,6%) y falta de participación en la red comunitaria (60,1% y 43,5%) respectivamente. La frecuencia de respuestas "no sabe" fue significativamente mayor en casos que en controles.

En lo que respecta al tipo de maltrato en cada niño, sólo 15,2% de los casos estaban sometidos a una sola forma de abuso, 29% a dos, otros 29% a tres tipos y 26,8% a cuatro o más. La frecuencia de las diferentes formas de maltrato fue, por separado, emocional y descuido emocional 67,7% (98 casos); maltrato físico 66,9% (97 casos); descuido físico: 50,3% (73 casos); descuido emocional: 12,4% (18 casos);

Tabla

Número de casos y controles obtenido en el período de observación

Institución	Casos	Controles	Total
Grupo I			
Consultorios	19	19	38
Servicio de Urgencia	48	50	98
Subtotal salud	67	69	136
Grupo II			
Jardines infantiles	12	7	19
Escuelas y liceos	60	45	105
Subtotal educación	72	52	124
Grupo III			
Carabineros	4	4	8
Juzgado de menores	2		2
Subtotal judicial	6	4	10
Total	145	125	270

abuso sexual y otro tipo de maltrato: 8,3% (12 casos).

Al cotejar cada tipo de maltrato con el conjunto de los casos, se encontraron asociaciones significativas entre: maltrato físico con ausencia de participación social y mayor proporción de familiares con bebedores problema y consumo de drogas; maltrato emocional con ausencia de participación comunitaria; abuso sexual con predominio de sexo femenino (11 de los 12 casos); enfermedad mental, bebedores problema y consumo de drogas en la familia; abandono físico con menor porcentaje viviendas sólidas y menor participación en organizaciones comunitarias.

La distribución de la edad de la madre al nacer el niño no mostró diferencias significativas entre casos y controles. Sin embargo, entre los hijos de madres menores de 20 años hubo, entre los maltratados, significativamente mayor proporción de familiares con enfermedades mentales (maltrato físico, abandono físico y emocional); bebedores problema (maltrato físico); consumo de drogas (maltrato físico, abandono físico y emocional); problemas conductuales del niño (maltrato físico, emocional, abandono físico y emocional) y menor porcentaje de casas sólidas (todos los tipos de maltrato).

Al comparar el subgrupo de hijos de madres adolescente con el total en cada tipo de maltrato, las variables de riesgo son drogadicción en

familiar (maltrato emocional, abandono físico y emocional); falta de independencia del grupo familiar (maltrato físico, abandono físico y abandono emocional); ausencia de participación social (abandono físico y emocional).

Comentario

Los resultados expuestos provienen de un estudio piloto, por lo cual deben ser interpretados con la cautela inherente a esta etapa de la investigación. Las diferencias consignadas entre grupos son estadísticamente significativas, sin embargo, no constituyen hallazgos definitivos. Más bien abren interrogantes a explorar y permiten formular hipótesis que deberán ser estudiadas en profundidad en una población representativa nacional.

En la comparación entre casos y controles no aparece la mayor proporción de hombres sujetos a maltrato físico que señala la literatura sobre esta materia, para lo que cabe plantearse, como explicación, la posibilidad de sesgo de selección por un probable apareo involuntario por parte de los encuestadores.

La mayor proporción de asistentes a escuelas municipales entre los niños maltratados también debe ser estudiada con mayor detalle, ya que puede tratarse de una variable asociada de confusión, ya que si bien casos y controles provienen de una misma escuela, por el sistema de pareo, la diferencia podría estar dada por otra variable no controlada, como por ejemplo la situación social y económica.

Con respecto a las características del perpetrador, la proporción levemente mayor de mujeres (51,7%) no es comparable con otros estudios nacionales, ya que no incluyen todos los tipos de maltrato. La edad del agresor (adulto joven) coincide con todos los estudios conocidos.

La vivienda transitoria, ausencia de participación de la familia en la red comunitaria y mayor utilización de servicios sociales aparecen como factores de riesgo para el maltrato, lo que concuerda con estudios de otros países, que señalan distintos aspectos de la pobreza como productores de tensión familiar y aumento del riesgo de maltrato^{21, 22, 24, 26-30}.

La existencia de familiares con enfermedad mental, bebedores problema y consumidores de drogas también han sido señalados como facto-

res de riesgo para el maltrato en otras investigaciones^{14, 15, 22, 28, 30}. El consumo ilegal de drogas fue detectado solamente en las familias de niños abusados, en nuestro caso.

Los problemas conductuales del niño constituyen también un factor de riesgo para ser víctima de maltrato^{9, 22, 26-28}. Si bien las organizaciones de salud muestran mayor capacidad de detección, las de educación entregan mayor riqueza cualitativa en la información sobre la conducta de los niños. El número de conductas desadaptativas en los casos de maltrato detectados por los educadores, extremadamente más alto que en los controles con respecto a los otros sectores, pudiese deberse a un particular esmero de parte de los maestros a seleccionar niños control lo más opuestos posible al caso, no sólo en el maltrato, sino también en las demás características, a pesar del criterio de selección.

La explicación a la mayor frecuencia de respuesta "no sé", consistentemente mayor en casos que controles, pudiera estar en un real desconocimiento por parte del informante, pero también en un intento de ocultar información o en negligencia.

Uno de los objetivos del estudio fue pesquisar diversas formas simultáneas de maltrato en un mismo niño, lo que se registró en la mayoría de nuestros casos, en contraste con lo descrito en investigaciones nacionales precedentes, que sólo estudiaban y registraban formas aisladas de maltrato, generalmente castigo físico y abuso sexual^{15, 9, 15-18, 30}. El hecho que el maltrato y descuido emocional, formas tradicionalmente poco descritas, sean las categorías más frecuentes, apoya la importancia de las definiciones propuestas, la capacitación efectuada y la alta motivación de los profesionales encuestadores. El maltrato físico, que ocupa el tercer lugar, es casi tan frecuente como los anteriores, seguido del descuido físico. El abuso sexual aparece con pocos casos, debido a las dificultades específicas de acceso a información para este tipo de maltrato en los juzgados de menores, donde se informaron al menos veinte casos adicionales mientras transcurría el estudio.

Las variables asociadas con cada tipo de maltrato, y los tipos de maltrato dentro de una población de casos, permiten identificar diferencias peculiares en la correlación con dichas variables, las que es preciso analizar en mayor número de casos en investigaciones posteriores.

Los resultados descritos muestran que es posible pesquisar casos en las instituciones de salud y educación e identificar las dificultades que deben resolverse para lograrlo en el sector judicial. El marco apropiado para la realización de un estudio de prevalencia nacional incluye la participación de todos los sectores involucrados. En cada uno de ellos debe adecuarse el instrumento de registro en forma específica, conservando un núcleo de información básica que permita comparar la obtenida. Los futuros estudios requerirán disponer de tiempo suficiente para cumplir todas las etapas (contacto con las instituciones, sensibilización de la población en estudio, formalización del trabajo a efectuar, capacitación de encuestadores y coordinadores locales, trabajo de campo, procesamiento y análisis de los datos).

Este y otros estudios contribuyen al desarrollo de un registro nacional centralizado, facilitando información actualizada sobre la prevalencia del problema, como también el acceso a los casos de maltrato y sospecha, con fines de prevención y rehabilitación.

Resumen

Como un aporte al conocimiento de la magnitud del problema del maltrato a niños y adolescentes en el país y a la organización de un sistema nacional de registro, se probó un método de detección de casos o sospecha fundada de maltrato en una comuna de Santiago. El cuestionario fue aplicado por personal capacitado en establecimientos de salud, educación y justicia. Se registraron las características de los niños, el tipo de maltrato y algunas variables de riesgo biológico, social y familiar. Se compararon las características de 145 casos y 125 controles, de subgrupos de maltrato y de madres adolescentes con otras edades, obteniendo diferencias significativas en las respectivas frecuencias de familiar con enfermedad mental (23,8% ante 11,2%) que vivía con el niño (67,6% ante 14,3%); ausencia de consumo de alcohol en la familia (21% ante 44%), bebedores problema (23,8% ante 7,2%); consumo de drogas en la familia (15,5% ante 7,2%); problemas conductuales del niño (54% ante 16,8%); utilización de servicio social (26,9% ante 12,8%); asistencia a escuela municipal (79,4% ante 66,3%); vivienda sólida

(68,8% y 88,9%), transitoria (31,4% y 11,5%); participación en juntas de vecinos (6,2% ante 13,6%) y falta de participación en la red comunitaria (60,1% y 43,5%). Estos resultados iniciales deben ser ampliados y perfeccionados con estudios más amplios e instrumentos refinados.

(Palabras clave: maltrato infantil, síndrome de niño maltratado.)

Agradecimientos

A los profesionales y personal del servicio de urgencia del Hospital Dr. Sótero del Río, consultorios, escuelas, juzgados y comisarías donde se realizó esta investigación.

Referencias

1. Anónimo. Informe final Comisión Interministerial para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. República de Chile. Enero 1993.
2. Navoa F, De la Barra F, Álvarez P, Gilchrist A, Álvarez N, Gamboa R: Maltrato infantil en Chile. Rev Chil Pediatr 1992; 63 (Supl. 2): 1-13.
3. Anónimo: República de Chile: Metas y líneas de acción en favor de la infancia. Compromiso con los niños de Chile para la década. Santiago, Chile. 1992.
4. Anónimo: Sociedad Chilena de Pediatría. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. UNICEF. Ministerio de Salud. Protección de los niños y atención integral del maltrato infantil. Chile. 1993.
5. Unicef: Análisis de situación. Menores en circunstancias especialmente difíciles. Santiago de Chile, mayo de 1991.
6. República de Chile: Ministerio de Justicia. Introduce modificaciones a la Ley N° 16.618 en materia de maltrato a menores. 19-8-1994.
7. República de Chile: Ministerio de Justicia. Establece normas sobre procedimientos y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar. 19-8-1994.
8. República de Chile: Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental. Programas de Salud Mental Infanto-juvenil. Normas técnicas y programáticas para la prevención y atención integral del maltrato infantil en los servicios de salud. Marzo 1994.
9. Álvarez P: Síndrome del niño maltratado. En Winter, A., Puentes R. eds. Medicina Infantil. 1ª Edición. Santiago de Chile. Ed. Giorgio Emperiale. 1991; 1100-1103.
10. Álvarez P, Olivari C: Terapia coactiva del maltrato infantil: la rehabilitación familiar en el contexto judicial. PSYKHE 1993; 2: 53-58.
11. National Center on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau, Administration for Children, Youth and Families, Office of Human Development Services, U.S. Department of Health and Human Services. Study Findings. National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect Sept 1981.

12. National Center on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau, Administration for Children, Youth and Families, Office of Human Development Services, U.S. Department of Health and Human Services. "Study Findings. Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect: 1988.
13. Wyatt G, Peters S: Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1986; 10: 241-251.
14. Zuravin S: The Ecology of Child Abuse and Neglect: Review of the Literature and presentation of data. *Violence & Victims*. 1989; 4: N° 2.
15. Florenzano R, Pino P, Kaplan M, Burrows J: Frecuencia de maltrato infantil y sexual en escolares de Santiago de Chile: Antecedentes familiares y consecuencias. Documento N° 56 Adolescencia 8, 5-18, 1993. Depto. Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Oriente. Universidad de Chile.
16. Vargas N, López D, Pérez P, Toro G, Zúñiga P, Ciocca P: El castigo físico a los niños: opinión y conducta de los adultos. *Rev Med Chil* 1993; 121:567-573.
17. Vargas N, López D, Pérez P, Zúñiga P, Toro G, Ciocca P: Características del castigo físico infantil administrado por padres de tres colegios de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1993; 64: 333-336.
18. Zubarew T, Muddaleno M, Valenzuela V, et al.: Síndrome del niño maltratado en la Unidad de Adolescencia del Consultorio La Faena. *Rev Chil Pediatr* 1992; 63: 71-72.
19. Finkelhor D, Hotaling G: Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: an appraisal. *Child abuse & Neglect* 1984;8: 23-33.
20. Greenwood C, Tangalo E, Maruta T: Prevalence of sexual abuse, physical abuse and concurrent traumatic life events in a general medical population. *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 1067-1071.
21. *International Pediatric Seminar: Child Abuse, Neglect and Violence. A Latin American Perspective*. Santo Domingo, República Dominicana. Dic. 2-6, 1990. En *International Child Health: Vol 2, N° 1, January 1991*. An International Pediatric Association Publication in collaboration with UNICEF and WHO.
22. Leventhal J: Risk Factors for Child Abuse: Methodologic Standards in Case Control Studies. *Pediatrics* 1981; 68: 684-690.
23. I Have there been changes in the epidemiology of sexual abuse in the 20th century? *Pediatrics* 1988; 82: 766-773.
24. Skuse D: Emotional abuse and neglect. *BMJ* 1989; 298: 1962-1964.
25. Wyatt G, Peters S: Issues in the definition of sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse & Neglect* 1986; 10: 231-240.
26. Child Abuse. *Pediatric Clinics* Agosto 1990.
27. Dunn Smith: Child abuse. Newsletter A.C.P.P. 1989; 11: 3.
28. Starr H. Ed: Child Abuse Prediction. Policy implications. Ballinger Publishing Co. 1982; 105-134.
29. UNICEF. Consejo de Administración. 1986. La Situation des Enfants Victims de Mauvais Traitements et Privés des Soins Vue dans un Perspective Mondiale.
30. Gilchrist A 1983: Síndrome del niño golpeado. Tesis de grado para optar al título de especialista en Psiquiatría Infantil.