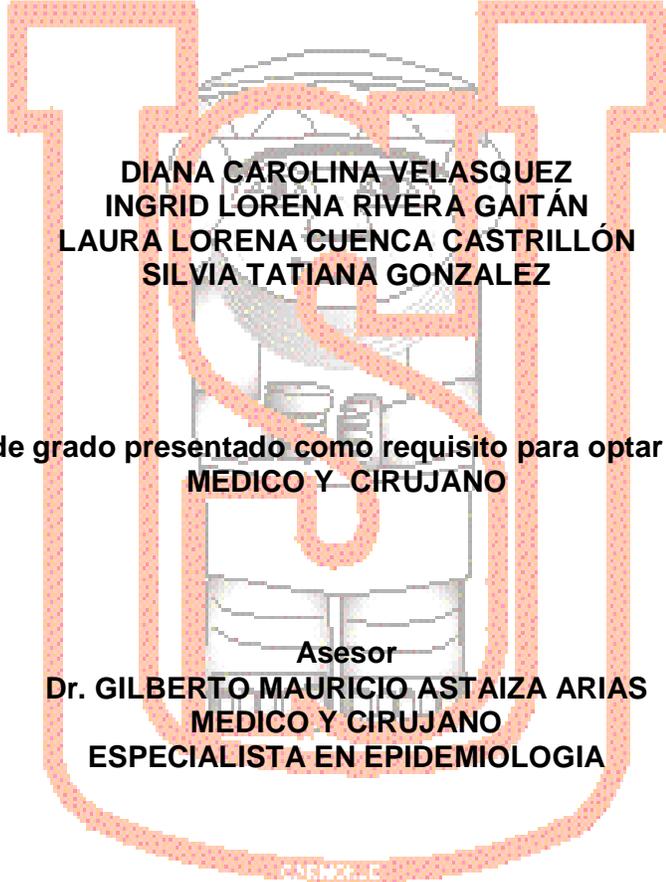


**IDENTIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE NIÑOS MALTRATADOS  
DE 0 A 10 AÑOS EN LA POBLACION DIAGNOSTICADA AL INGRESO CON  
DESNUTRICION GRADO II Y III EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALENO PERDOMO  
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 DE ENERO DE  
2005 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2007**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA  
2008**

**IDENTIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DE NIÑOS MALTRATADOS  
DE 0 A 10 AÑOS EN LA POBLACION DIAGNOSTICADA AL INGRESO CON  
DESNUTRICION GRADO II Y III EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALENO PERDOMO EN EL  
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 DE ENERO DE 2005 AL 31 DE  
DICIEMBRE DE 2007**



**DIANA CAROLINA VELASQUEZ  
INGRID LORENA RIVERA GAITÁN  
LAURA LORENA CUENCA CASTRILLÓN  
SILVIA TATIANA GONZALEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
MEDICO Y CIRUJANO**

**Asesor  
Dr. GILBERTO MAURICIO ASTAIZA ARIAS  
MEDICO Y CIRUJANO  
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
NEIVA  
2008**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

## DEDICATORIA

A toda la población pediátrica que día a día sufre el flagelo del maltrato infantil en todas y cada una de sus variedades y a las neofamilias para que se concienticen de la importancia que es ser padres y las implicaciones que derivan de su mal actuar.

*Diana carolina*

*Ingrid Lorena*

*Laura Lorena*

*Silvia Tatiana*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan los agradecimientos a

A Dios todopoderoso que permitió que nos encontráramos en el camino dirigido a la búsqueda de mejores condiciones para los niños de nuestra comunidad.

A nuestros padres que hicieron posible cumplir nuestras metas.

A los tutores de la asignatura Metodología de la Investigación I y II, Técnicas I y II y asesores del proyecto de investigación por sus oportunas y valiosas orientaciones durante el proceso de la investigación.

A los compañeros de pregrado por sus aportes y vivencias durante el desarrollo de la asignatura.

A la Universidad Surcolombiana, facultad de salud por su colaboración durante las gestiones encaminadas a llevar información resultante de los procesos investigativos.

A todos muchas gracias

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	21
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	23
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
3. JUSTIFICACION	31
4. OBJETIVOS	33
4.1 OBJETIVO GENERAL	33
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
5. MARCO TEORICO	35
5.1 MALTRATO INFANTIL	38
5.1.1 Definición	38
5.1.2 Clasificación del maltrato infantil	39
5.1.2.1 Maltrato físico	39
5.1.2.2 Abuso sexual	40

	Pág.
5.1.2.3 Abandono o negligencia	41
5.1.3 Lugar y modo en que se presenta el maltrato al niño	42
5.1.4 Detección del maltrato	43
5.1.5 Como identificar a los niños maltratados	45
5.1.5.1 Indicadores de conducta	45
5.1.5.2 Indicadores físicos	45
5.1.6 Factores asociados con el maltrato y las causas	46
5.1.6.1 Factores individuales	46
5.1.6.2 Factores familiares	47
5.1.6.3 Factores sociales	47
5.1.7 Causas de maltrato	47
5.1.8 Características del niño golpeado y el agente agresor	50
5.2 DESNUTRICION	54
5.2.1 Causas de desnutrición	56
5.2.2 Como evaluar a un niño con desnutrición y anemia	57

	Pág.
5.2.3 Determinar peso para la edad	62
5.2.4 Determinar la tendencia del peso	64
5.2.5 Determinar la talla para la edad	64
5.2.6 Detectar el peso para la talla	68
6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	70
7. DISEÑO METODOLOGICO	78
7.1 TIPO DE ESTUDIO	78
7.2 UBICACIÓN ESPACIAL	78
7.3 POBLACIÓN	78
7.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO	79
7.4.1 Procedimiento de recolección de información	79
7.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	80
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	81
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS	84
10. DISCUSIÓN	104

	Pág.
11. CONCLUSIONES	107
12. RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXOS	113

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Formato de presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de pesos).	118
<b>Tabla 2.</b> Descripción de gastos de personal (en miles de \$).	119
<b>Tabla 3.</b> Fuentes de financiamiento.	120
<b>Tabla 4.</b> Equipos para compra (en miles de \$).	121
<b>Tabla 5.</b> Equipos de uso propio (en miles de \$)	122
<b>Tabla 6.</b> Descripción del software que se desea adquirir (en miles de pesos)	123
<b>Tabla 7.</b> Salidas de campo (en miles de \$)	124
<b>Tabla 8.</b> Materiales y suministros (miles de \$)	124
<b>Tabla 9.</b> Servicios técnicos (en miles de \$)	125
<b>Tabla 10.</b> Bibliografía (en miles de \$)	125
<b>Tabla 11.</b> Gráfica 1	126
<b>Tabla 12.</b> Gráfica 2	126
<b>Tabla 13.</b> Gráfica1	126
<b>Tabla 14.</b> Gráfica 9	127
<b>Tabla 15.</b> Gráfica10	127
<b>Tabla 16.</b> Gráfica 12	128
<b>Tabla 17.</b> Gráfica 11	128
<b>Tabla 18.</b> Gráfica 13	128

Pág.

**Tabla 19.** Gráfica 16

129

**Tabla 20.** Cronograma de actividades

130

## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
<b>Gráfica 1.</b> Distribución por género de niños que ingresaron con diagnostico de desnutrición grado II y III al servicio de pediatría del HUHMP 2005-2007.	85
<b>Gráfica 2.</b> Población pediátrica mas afectada por rango de edades que ingresaron con diagnostico de desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.	86
<b>Gráfica 3.</b> Personas responsables del niño con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	87
<b>Gráfica 4.</b> Otro sistema cuidador .	87
<b>Gráfica 5.</b> Nivel socioeconómico de las familias de los pacientes con diagnostico de desnutridos grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría de HUHMP 2005-2007.	88
<b>Gráfica 6.</b> Área de procedencia de las familias de los pacientes con diagnostico de desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.	89
<b>Gráfica 7.</b> Áreas de procedencia urbana de las familias de los pacientes que ingresaron con diagnostico de desnutrición grado II y III al servicio de pediatría del HUHMP 2005-2007	90

<b>Gráfica 8.</b> Áreas de procedencia rural de las familias de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de desnutrición grado II y III al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	91
<b>Gráfica 9.</b> Hallazgos físicos presuntivos de maltrato infantil de los pacientes con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	92
<b>Gráfica 10.</b> Hallazgos físicos presuntivos de desnutrición durante el examen físico que fueron determinantes para hacer diagnóstico de desnutrición II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	93
<b>Gráfica 11.</b> Patologías asociadas de los pacientes con Desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	94
<b>Gráfica 12.</b> Tipo de diarrea según su duración presentada en los pacientes con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	95
<b>Gráfica 13.</b> Número de pacientes con diagnóstico de desnutrición grado II y III presentados en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	96
<b>Gráfica 14.</b> Pacientes con desnutrición grado II clasificados según tiempo de evolución en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	97

<b>Gráfica 15.</b> Pacientes con desnutrición grado III clasificados según tiempo de evolución en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	98
<b>Gráfica 16.</b> Identificación de niños maltratados a partir de la Población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	99
<b>Gráfica 17.</b> Tipo de maltrato infantil identificado en la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	100
<b>Gráfica 18.</b> Causas de desnutrición identificadas en la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	101
<b>Gráfica 19.</b> Motivo de egreso de la población pediátrica diagnosticada Al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	102
<b>Gráfica 20.</b> Antecedentes hospitalarios de la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007	103

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A</b> Autorización acceso a historias clínicas	114
<b>Anexo B</b> Historias clínicas seleccionadas	116
<b>Anexo C</b> Instrumento para extracción de información	117
<b>Anexo D</b> Presupuesto	118
<b>Anexo E</b> Tablas gráficas	116
<b>Anexo F</b> Cronograma de actividades	130

## RESUMEN

A través del tiempo el maltrato infantil, se ha convertido en un problema para la sociedad. El uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres, el abuso sexual, entre otros tipos y formas de maltrato se han incrementado con el paso del tiempo.

La desnutrición por negligencia es también expresión de maltrato infantil que, por lo regular, pasan desapercibidas entre los médicos, abogados y personajes del gobierno; y que con el paso del tiempo este tipo de maltrato puede producir consecuencias en el desarrollo del niño una de ellas es que afecte en su desarrollo psicomotor y conducta.

En la actualidad, entre el 7% y el 10% de la población infantil sufre de desnutrición aguda y entre el 12% y el 13% padecen de desnutrición crónica. En el caso del maltrato infantil, entre 2003 y 2006 el fenómeno se incrementó en un 65%, según el número de casos reportados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Por tal motivo, este trabajo se fundamentó en la importancia de identificar en la población pediátrica hospitalizada en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Neiva que ingresaba con diagnóstico de Desnutrición moderada y severa, para averiguar la existencia de asociación de esta patología con el maltrato infantil por negligencia de los padres como agente causal, y de esta manera tener conocimiento si los progenitores son los responsables de que sus hijos padezca la desnutrición que fue diagnosticada

en el ingreso y las posibles secuelas que sus hijos desarrollara al pasar el tiempo.

Para esto, se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos, sobre el maltrato a menores, con base en la información consignada en expedientes clínicos de pacientes de cero a 10 años de edad, hospitalizados con diagnóstico de desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría como criterios de inclusión en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en un periodo comprendido entre el 01 de enero del 2005 al 31 de diciembre de 2007. Se llevo a cabo el proceso investigativo extrayendo información de los expedientes clínico usando como instrumento un cuestionario sobre las variables a estudiar determinando de esta manera no solo la incidencia de los diferentes grados de desnutrición si no la cantidad de pacientes que se identifican en cada uno de ellos como maltratados al igual que la identificación del tipo de maltrato mas frecuente y la relación sociodemográfica del infante.

Luego de la recolección de datos, nuestro estudio arrojo que el 53% de la población que ingresaba por desnutrición durante el periodo de tiempo investigado es femenina, que la población pediátrica mas afectada por la desnutrición corresponde al rango de edad entre 0 y un año de edad y que el 45% de los responsables del cuidado del niño esta dado por la madre, que debido a la difícil situación económica se ve obligada al abandono de sus hijos para mejorar sus posibilidades económicas.

Finalmente, del total de historias clínicas de pacientes pediátricos estudiados el 50% se concluyo que su desnutrición estaba dada por consecuencia de maltrato por abandono y negligencia por parte de sus cuidadores ya que estos

presentaban en el 100% de los pacientes hallazgos presuntivos de maltrato como higiene inadecuada, llanto frecuente, hipoactividad y tristeza.

Palabras claves: - desnutrición infantil grado II y III  
- maltrato infantil

## **SUMMARY**

Over time child abuse, has become a problem for society. The deliberate use of physical force or omission of care by parents, sexual abuse, among other types and forms of abuse have increased with time.

Malnutrition is also negligently expression of child abuse, which regularly go unnoticed among doctors, lawyers and government personalities, and that with the passage of time this type of abuse can produce consequences in child development one of them is affecting their development and psychomotor behavior.

At present, between 7% and 10% of the child population suffers from acute malnutrition and between 12% and 13% suffer from chronic malnutrition. In the case of child abuse, between 2003 and 2006 the phenomenon has increased by 65%, depending on the number of cases reported by the Colombian Institute for Family Welfare (ICBF).

For this reason, this work was based on the importance of identifying a pediatric hospital in the Service of Pediatrics at the University Hospital of Neiva who entered with diagnosis of severe and moderate malnutrition, to ascertain the existence of this disease association with abuse child neglect by their parents as a causative agent, and thus be aware if the parents are responsible for their children suffering from malnutrition was diagnosed in income and possible consequences that their children develop to pass the time.

For this, an observational study descriptive type series of cases on abuse of minors, based on information contained in clinical records of patients from zero to 10 years old, hospitalized with diagnosis of malnutrition grade II and III in serve as criteria for inclusion pediatrics at the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo in a period between 01 January 2005 to December 31, 2007. We carried out the investigative process extracting information from clinical records using a questionnaire as an instrument on identifying the variables to consider in this way not only the incidence of various degrees of malnutrition if not the number of patients who are identified in each as abused them as well as identifying the most frequent type of abuse and the relationship sociodemographic infant.

After collecting data, our study showed that 53% of the population who entered from malnutrition during the period under investigation is female, that the pediatric population most affected by malnutrition is the age range between 0 and one year age and that 45% of those responsible for child care is given by the mother, who because of the difficult economic situation is forced to abandon their children to improve their economic potential.

Finally, of all medical records of pediatric patients studied was 50% concluded that malnutrition was given by its result of mistreatment by abandonment and neglect by their caregivers since they were at 100% of patients presumptive findings of abuse as inadequate hygiene, frequent crying, hypoactivity and sadness.

Key words: Infantile malnutrition grade II and III  
Infantile mistreatment

## INTRODUCCION

Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas: desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática; raíces culturales e históricas profundas; diversidad de opiniones en cuanto a su definición y clasificación; dificultades en la investigación y, finalmente, una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y su manejo terapéutico. El maltrato infantil desde sus antecedentes históricos, así como sus clasificaciones, sus definiciones y su epidemiología. Queda subrayada la necesidad de unificar criterios en cuanto a la definición y clasificación.

La agresión física al niño siempre ha existido, comprende elementos tanto de las esferas biológicas y físicas, como de la psicosocial; sin embargo, en la práctica el diagnóstico correcto de maltrato sobre todo en casos que no comprenden lesiones físicas, es difícil. Los límites de lo que se considera maltrato aún no están bien establecidos, y la dificultad de definirlos radica en el grado de permisibilidad social determinada por múltiples patrones de índole cultural e ideológica.

La escasez de información estadística y epidemiológica sobre el maltrato por negligencia manifestado por el grado de desnutrición a menores refleja por una parte, la falta de notificación y el temor médico ante las implicaciones legales que conlleva y por otra parte la dificultad de diagnosticar correctamente los casos, sobre todo aquellos que no manifiestan lesiones físicas.

En nuestro medio este problema no es menos importante, sin embargo tampoco existen estudios al respecto, principalmente en el área rural, donde aparentemente el maltrato infantil en sus diferentes formas es muy frecuente, es por esto que llama la atención establecer la relación de desnutrición como diagnóstico precoz de maltrato infantil. La realidad que se vive en las diversas poblaciones es alarmante y por otro lado es llamativa la falta de interés por este problema en la población entera, el maltrato que se observa es de diferente forma, desde el descuido hasta la deprivación nutricional y el maltrato físico, sin embargo parece ser que la idiosincrasia de las poblaciones no les permite considerar estos hechos como maltrato hacia los niños.

Por este motivo es importante profundizar en el tema de la desnutrición como tipo de maltrato infantil por negligencia para tener un conocimiento cabal de la frecuencia, los factores predisponentes y las posibles causas así como también la repercusión del mismo para el desarrollo ponderal estatural y el desenvolvimiento académico, y poder hacer una comparación con los países vecinos subdesarrollados y con culturas similares a la nuestra, ya que aparentemente juega un papel importante en este tema.

## 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El Maltrato Infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, y al respecto Manterola<sup>14</sup> afirma: "El maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad".

Durante siglos se han descrito antecedentes de agresión al menor que ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina.

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes<sup>2</sup>. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun

---

<sup>14</sup> Volumen 40 No. 1 Maltrato infantil: Un problema mundial Salud Pública México 1998.

<sup>2</sup> Forward S. Las deidades parentales. Padres que odian. México, D.F.: Grijalbo, 1991.

<sup>3</sup> Maher P. El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. México, D.F.: Grijalbo, 1990.

<sup>4</sup> Loredó AA. Maltrato al menor. México D.F.: Interamericana McGraw-Hill, 1994.

sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

Margaret Lynch<sup>3</sup> describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países; no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie<sup>4</sup> Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño.

En Latinoamérica se han realizado estudios de series de casos de maltrato infantil como el desarrollado por Rosalinda Santana-Tavira, Roberto Sánchez-Ahedo, Emilio Herrera-Basto, en Mexico en el año 1998 titulado “Maltrato infantil: un problema mundial”<sup>1</sup> donde concluye que el maltrato infantil es un fenómeno multicausal y universal, la divulgación, instrucción y educación de la población en general sobre el mismo son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos y es necesario que el abordaje terapéutico sea integral que incluya a todo un equipo especializado por lo cual crea los aspectos del maltrato que deben ser urgentemente abordados.

Un estudio que en especial nos llamo la atención ya que fue el único que aborda el problema de desnutrición como posible causa de maltrato infantil fue realizado en año 1992 en México por la Dra. Herrada y Col<sup>5</sup>. En el que el tipo de estudio utilizado fue longitudinal retrospectivo y que toma información de las historias clínicas del periodo comprendido del 1 enero al 30 noviembre de 1991 de la Secretaria de Salud del Estado de Tlaxcala, donde utilizaron dos grupos control permitiendo establecer patrones diferenciales entre las lesiones y/o desnutrición grado II o III, intencionales, y las presentadas por los grupos control. Esta investigación concluye que los médicos registran en los expedientes información útil para diferenciar los diferentes tipos de maltrato, e incluso consigan variables potencialmente asociadas, como el alcoholismo en los padres, solamente 16% de ellos fueron clasificados como síndrome de maltrato en el diagnóstico de egreso. Esta conducta podría explicarse parcialmente por el temor del médico a involucrarse en asuntos de índole legal y/o a la incertidumbre en lo que al diagnóstico de maltrato se refiere.

---

<sup>5</sup> El Niño Maltratado En Tlaxcala: Estudio De Casos, Salud Publica De Mexico, Vol.34 No.6 1992.

<sup>6</sup> LOREDO, op. cit., p.16

Considera que en estudios sobre maltrato deben de retomarse todas sus formas; asimismo, debe continuarse la búsqueda para establecer criterios diagnósticos de mayor precisión que permitan identificar los casos de maltrato tempranamente<sup>6</sup>. Por último, se requiere de estudios controlados que permitan obtener información útil acerca de los factores de riesgo intrafamiliares, con la finalidad de alimentar la toma de decisiones orientadas a su prevención y atención oportuna.

Por otra parte, existe evidencia de asociación entre violencia doméstica y la alteración del crecimiento, del desarrollo y el maltrato infantil; la negligencia materna y el ambiente familiar adverso puede interferir seriamente en el desarrollo socioemocional del niño, tornándolo vulnerable a sufrir trastornos de personalidad (antisocial, limítrofe y narcisista), problemas escolares y trastornos psiquiátricos en el futuro.<sup>8</sup>

Hay estudios que señalan que la experiencia de violencia doméstica durante el embarazo afecta indirectamente la mortalidad y morbilidad de la madre y su niño(a), porque los enfrenta a un mayor riesgo de variados problemas de salud física y mental. Cuando se han estudiado los riesgos de niños expuestos a violencia doméstica se ha observado que tienden a ser más agresivos, presentan alteraciones conductuales en la escuela y comunidad, presentan problemas de salud mental como depresión y ansiedad, comportamientos fóbicos, insomnio y baja autoestima.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> LOREDO, op. cit., p.16

<sup>8</sup> MAHER, op. cit., p.16

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La información más reciente de la prevalencia de desnutrición revela que en las naciones latinoamericanas entre 10 y 11 millones de niños a nivel preescolar experimentan bajo peso al nacer. Aún más, 15 millones de infantes se ven afectados por desnutrición moderada y de tercer grado. La comparación entre países varía por diferencias en tiempo, definición y precisión de estimados nacionales. Aun así, no hay duda de que el grueso de la desnutrición se encuentra en pocos países con grandes poblaciones (Brasil y México), con sustanciales concentraciones de pobreza (Bolivia, Guatemala, Haití, Perú) o con ambas. Según la Organización de Naciones Unidas, 828 millones de personas padecen desnutrición en el mundo.<sup>9</sup> La Encuesta Nacional de Demografía y Salud revela que el 13% de los infantes entre los 5 y 9 años de edad presenta un retraso en el crecimiento; el 5% tiene bajo el peso para su edad, y el 1%, para su estatura. Los cálculos de la UNICEF, por su parte, reflejan que el hambre afecta al 70% de los niños indígenas en Colombia.

Por consiguiente, debido al impacto de la desnutrición en nuestros niños y al aumento de la violencia y/o maltrato intrafamiliar, se quiere hallar la relación entre la desnutrición y el maltrato infantil, considerándose este último como probable factor causal, además existe poca investigación sobre el impacto directo de la violencia o maltrato sobre la salud infantil durante los primeros años de vida, aun cuando es ampliamente reconocida su importancia por las consecuencias biopsicosociales y económicas que implica. Pocos estudios explican la forma cómo el maltrato intrafamiliar afecta el crecimiento antropométrico y desarrollo infantil desde etapas posteriores al nacimiento hasta el rango de edad de 0 a 5 años, que es el propósito de esta investigación, ya que este rango conforma el mayor pico de crecimiento psicomotriz del ser humano.

Algunos de los pocos estudios que se han desarrollado aproximándose a nuestra problemática de estudio se titula: “Malnutrición en el Niño Maltratado, albergado en la Procuraduría de la Defensa del Menor en Ciudad Juarez Chihuahua México realizado por Guadalupe Romero Ramírez, Lidia Ordóñez Trujillo y col. quienes tomaron una muestra de 716 niños < 12 años, y que arrojo los siguientes resultados: el Maltrato Infantil por Omisión de Cuidados se presento en un 52.5%, Físico 28.2%, Abandono 14.5% y Sexual 4.7 %; con relación al Estado Nutricional de los casos; desnutrición severa, moderada y leve 1.7, 3.9 y 11.7 % respectivamente. El grupo de edad con mayor riesgo de desnutrición < 5 años con 69 %.

El Maltrato Infantil es mas común por Omisión de Cuidados, es decir por negligencia por parte de los padres y familiares de los niños, ocasionando desnutrición en los < de 5 años, posiblemente relacionado al maltrato infantil al no vigilar la alimentación que debe de ser balanceada y nutricional de acuerdo a su edad.

En Colombia son pocos los trabajos que relacionan la Desnutrición con el Maltrato Infantil; pero entre los estudios que encontramos resaltamos el del Dr. Mora, Pardo y Gruesso en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la Ciudad de Santa Fe de Bogota en 1974 donde nos habla del crecimiento y del estado nutricional en los niños menores de 6 años donde marca la pauta para tener datos propios en nuestra población orientados en este enfoque.

Según el Departamento Nacional de Planeación correspondientes a 1992<sup>10</sup>: De Los 700000 niños que nacen en Colombia cada año 34000 no alcanzan a

---

<sup>9</sup>Wade K, Black A, Ward-Smith P. (2005). How mothers respond to their crying infant., Journal of Pediatric Health Care. 19(6):347-53.

cumplir un año de vida fundamentalmente por razones de Desnutrición Externa. rural al 1%. El porcentaje de desnutrición global en ciudades alcanza el 5.7% y el rural el 8.9%.

Estos datos también se evidencia en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por PROFAMILIA donde actualmente los porcentajes de desnutrición crónica urbana en menores de 5 años en Colombia llega a 10.8%, y el rural a 19.4%. La desnutrición aguda se estima en 0.7% en zona urbana y

En la ciudad de Neiva, existe estudios poco precisos que nos orienten a descubrir como causa de desnutrición el maltrato infantil, algunos de los estudios que abordan el tema de la desnutrición a manera general tenemos el realizado en el 2002 en el Colegio Ángel Maria Paredes Jornada mañana donde encontraron en la población encuestada índices de Desnutrición crónica del 18.7% y de Desnutrición aguda del 0.8%.

Así mismo el estudio realizados entre el periodo del 1 de Julio de 1999 al 1 de Junio de 2000 sobre las características del Maltrato Infantil identificadas en la población atendida en el ICBF, en el Instituto Nacional de Medicina Legal y en los casos reportados en la Comisaría de Familia en la ciudad de Neiva quienes concluyen que el maltrato físico es el de mayor predominio, donde los padres siguen siendo los actores mas comprometidos en el fenómeno del maltrato y que el abandono y la negligencia tomando en este caso la desnutrición intencional reflejan la crisis social del país que perjudica directamente la población infantil.

---

<sup>10</sup> López Y. El maltrato infantil: entre el castigo y la agresividad. Disponible en: URL: <http://www.suivd.gov.co/SNal/P/Yolanda%20L%C3%B3pez.DOC>

Por lo anterior, nos formulamos el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de los niños maltratados de 0 a 10 años que ingresan con Desnutrición Grado II y III en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre el periodo comprendido del 01 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007?

### 3. JUSTIFICACION

El maltrato infantil, se ha convertido en una expresión máxima de desamparo y desprotección volviéndose un problema social y de salud de primer orden. Su importancia real en nuestro medio es desconocida al ignorarse la epidemiología, factores predisponentes, clínica, formas de detección, diagnóstico, secuelas a corto, medio y largo plazo así como la implicación que tiene este a nivel nutricional con respecto a los distintos tipos de maltrato. Se desconoce también el grado de sensibilización y de formación específica para el diagnóstico del niño maltratado por parte de los profesionales sanitarios, así como de su capacidad para el manejo de estos niños. Con frecuencia el ámbito sanitario diagnóstica solo los malos tratos físicos graves y/o recidivantes, que aunque es la forma más evidente, es la menos frecuente pero no se ha establecido hasta que grado influye en el desarrollo nutricional en lo que respecta a la falta de este como tal o la implicación psicológica que desencadenan estas acciones de maltrato hacia la inapetencia por parte del menor. A partir de esta investigación se pretende correlacionar estas dos variables para crear mecanismos de vigilancia y educación a los padres para tratar de disminuir la incidencia de desnutrición en los infantes, y con esto asegurar el buen desarrollo de las funciones psicomotoras del niño en el futuro.

Por lo que nuestra investigación busca indagar sobre el panorama real y la problemática actual de la desnutrición en el Huila; tomando como base los casos diagnosticados en la institución hospitalaria y establecer como origen real de la enfermedad el posible maltrato infantil por negligencia. De esta manera buscamos aportar información que facilite y estimule futuros proyectos de investigación que se basen en desarrollar e implementar protocolos de manejo hospitalario que identifiquen los infantes maltratados y con riesgo de

desarrollar alteraciones irreversibles en su proceso de crecimiento y desarrollo secundario a la desnutrición.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar las características de los niños maltratados entre las edades de 0 a 10 años en la población diagnosticada al ingreso con Desnutrición Grado II y III que se encuentren hospitalizados en piso en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre el periodo comprendido del 01 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

☞ Establecer cual es la causa mas frecuente de desnutrición en el Hospital Universitario de Neiva entre las edades de 0 a 10 años.

☞ Establecer el motivo de egreso (mejoría, fallecimiento, remisión) de los pacientes con desnutrición grado II y III.

☞ Establecer antecedentes hospitalarios por el mismo motivo de consulta actual de desnutrición asociado al maltrato infantil.

☞ Determinar cuales son los signos mas frecuentes de maltrato según apreciaciones clínicas.

☞ Identificar las características sociodemográficas de la población que presenta mayor incidencia de desnutrición y maltrato simultáneamente.

☞ Establecer la población infantil que ingresa con diagnostico de desnutrición G II y III tiene maltrato.

## 5. MARCO TEORICO

El síndrome del niño maltratado es, según la OMS<sup>11</sup> "toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido abuso sexual al niño por parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo". Esta definición comprende elementos tanto de las esferas biológica y física, como de la psicosocial; sin embargo, en la práctica, el diagnóstico correcto de maltrato, sobre todo en casos que no comprenden lesiones físicas, es difícil. Los límites de lo que se considera maltrato aún no están bien establecidos, y la dificultad de definirlos estriba en el grado de permisibilidad social determinada por múltiples patrones de índole cultural e ideológica. Tomando en consideración que el maltrato a menores puede expresarse en múltiples formas de severidad y consecuencias variables, se han realizado grandes esfuerzos por identificarlas y proponer criterios para su diagnóstico adecuado. Estos muestran un amplio alcance para diagnosticar lesiones físicas, pero no para otros tipos de Maltrato como es el caso de la privación nutricional, los abusos y las negligencias. Algunas formas de maltrato, como el abuso emocional en los niños, son muy difíciles de probar. El criterio para su diagnóstico es una severa psicopatología en el niño, generalmente diagnosticada por psiquiatras, acompañada de la negación reiterada de los padres para someter al niño a tratamiento. Una de las formas de maltrato menos estudiada es el descuido o privación nutricional intencionada. Si bien se sabe que la carencia económica da cauce a numerosos problemas que se manifiestan en el maltrato social al menor y que es muy probable que sea la principal causa de ello, también es cierto

---

<sup>11</sup> Diane E. Papalia y Sally Wendkos Old. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 1990, 753 págs.

<sup>12</sup> IMSS. Maltrato Físico al niño. Análisis psiquiátricos, médicos de trabajo y jurídicos. México: sin Ed., 1971, 68 págs.

que el maltrato, el abuso y la negligencia a menores tienen un componente psicológico importante que no debe ser considerado vagamente, pues darle alimento a los niños no solamente representa el acto nutricional, sino una entrega de la madre y, para los niños menores de un año, la expresión directa de la satisfacción de sus necesidades. Este tipo de maltrato ha sido considerado por algunos autores como la causa principal de desnutrición en niños. Los criterios diagnósticos para mostrar la intencionalidad en el maltrato nutricional aún no se encuentran esclarecidos, pues la única forma de clasificación documentada son las desnutriciones en las que no existe falla orgánica que las explique<sup>12</sup>. La falla orgánica asociada al desarrollo de la desnutrición incluye una amplia clasificación de padecimientos que comprende alteraciones metabólicas, mecánicas, fisiológicas, genéticas, endocrinológicas, infecciones y patologías del sistema respiratorio, cardiovascular, hematopoyético, urinario y nervioso, entre otros.

El bajo peso al nacimiento, sin presencia de signos de prematuridad, no se considera dentro de esta clasificación. En estos casos, los autores sugieren que se defina la intencionalidad a través de un historial clínico.

En lo que a atención médica se refiere, el grupo de menores de edad ocupa un lugar preponderante en daños a la salud provocados por lesiones de maltrato.

Es por esto que los médicos deben ser capaces de reconocer a los niños maltratados y de confirmar el diagnóstico, siendo éste de primordial importancia en los primeros meses de vida, ya que un error en el diagnóstico

aumenta enormemente el riesgo de muerte. Se considera que los médicos tienen tres responsabilidades ante el maltrato infantil: detectarlo, denunciarlo y participar en su prevención. El diagnóstico médico de los tipos más frecuentes de abuso y negligencia con los niños se realiza principalmente en áreas hospitalarias en donde se atiende un gran número de lesiones referidas como accidentales, que en realidad son intencionales. Es aquí donde también llega un gran número de desnutridos graves sin alteración orgánica que, en caso de sospecha de negligencia o abandono, se pueden identificar y diagnosticar correctamente a través de su estancia hospitalaria.

En un estudio realizado por Mayer y colaboradores., se informa que 6 por ciento de los pacientes pediátricos hospitalizados con traumatismos múltiples y lesiones neurológicas eran víctimas de maltrato estableciéndose como la tercera causa aislada más frecuente de lesión; en este estudio la mortalidad registrada fue aproximadamente de 3 por ciento, calculándose que un tercio de las víctimas era menor de un año de edad. En nuestro medio, los accidentes y/o desnutrición de II o III grados se encuentran entre las 10 principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 15 años de edad, desconociéndose la magnitud y las características de las lesiones y/o desnutrición intencionales en ambas clasificaciones.

---

<sup>13</sup> Maher, Peter. Abuso contra los niños [Zulán Marcela Fuentes Ortega]. Grijalvo, México D.F.: Ed., 1990, 379 págs.

## 5.1 MALTRATO INFANTIL

**5.1.1 Definición:** Un niño, según la Ley considerado como tal en este sentido a todo menor de 18 años<sup>13</sup>, es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre u otras personas responsables de sus cuidados, produciéndose el maltrato por acción, omisión o negligencia.

El maltrato a los niños es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas, que pueden producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo<sup>14</sup>.

El maltrato viola derechos fundamentales de los niños o niñas y por lo tanto, debe ser detenido, cuanto antes mejor, el origen de la crueldad hacia los niños es en su sentido más amplio puede ser dividido en cuatro categorías:

- Crueldad inspirada en conceptos exagerados de disciplina y en base a sus funciones que se resultan ser sujetos profundamente inadecuados e irresponsables: alcohólicos, drogadictos, criminales o delincuentes, débiles mentales etc.

- Actos de violencia o negligencia cometidos por padres o adultos ejerciendo rígidas interpretaciones de la autoridad y de normas y reglas de conducta.

---

<sup>14</sup> Mussen, Paul Henry. Desarrollo de la Personalidad en el niño. México: Ed. Trillas, 1990 563 págs.

<sup>15</sup> Espinosa A, Figueiras B, Mendilahaxón J et al. Síndrome de munchausen: un reto para el clínico. Rev cubana med. 2000; 39:228-237

- Crueldad patológica cuyos oscuros orígenes mentales o psicólogos son muy difíciles de identificar y todavía mas de tratar.

- La crueldad más intangible de todas, la crueldad oficial o la organizada, aquella que se comete por ignorancia, por insensibilidad o por omisión en la forma de falta de legislación o de cumplimiento de la misma que proteja adecuadamente al menor.

**5.1.2 Clasificación del maltrato.** El abuso infantil es un patrón de maltrato o comportamiento abusivo que se dirige hacia el niño y que afecta los aspectos físico, emocional y/o sexual, así como una actitud negligente hacia el menor, a partir de la cual se ocasiona amenaza o daño real que afecta su bienestar y salud. El maltrato infantil se puede clasificar en maltrato por acción y maltrato por omisión<sup>15</sup>.

A la vez que el maltrato por acción se divide en:

- Maltrato físico

- Abuso fetal

- Maltrato psicológico o emocional

- Abuso sexual.

- Maltrato por omisión ( abandono o negligencia) el cual se subdivide:

En abandono físico y negligencia o abandono educacional.

**5.1.2.1 Maltrato físico.** Se define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al niño o niña (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones oculares,

lesiones cutáneas) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, estirones de pelo, torceduras, puntapiés u otros medios con los que se lastime al niño.

Aunque el padre o adulto a cargo puede no tener la intención de lastimar al niño, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física arriba señalada que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño.

A diferencia del maltrato físico el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta. No siempre es sencillo saber cuando termina el "disciplinamiento" y comienza el abuso. En contraposición del maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada.

**5.1.2.2 Abuso sexual.** Puede definirse como tal a los contactos o acciones recíprocas entre un niño o una niña y un adulto, en los que el niño o niña está siendo usado para la gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño o niña.

Las formas comunes del abuso sexual son el incesto, violación, el estupro, el rapto, rufianismo, actos libidinosos, etcétera.<sup>16</sup>

Una forma común de abuso sexual es el incesto, definido este como el acto sexual entre familiares de sangre, padre-hija, madre-hijo, entre hermanos

**5.1.2.3 Abandono o negligencia.** Significa una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.

Es decir, Dejar de proporcionar los cuidados o atención al menor que requiere para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y espiritual. Esto puede incluir, por ejemplo, omitir brindarle al menor alimentos, medicamentos y afecto<sup>17</sup>.

Pueden definirse dos tipos de abandono o negligencia:

- Abandono físico: Este incluye el rehuir o dilatar la atención de problemas de salud, echar de casa a un menor de edad; no realizar la denuncia o no procurar el regreso al hogar del niño o niña que huyo; dejar al niño solo en casa a cargo de otros menores.

- Negligencia o abandono Educacional: No inscribir a su hijo en los niveles de educación obligatorios para cada provincia; no hacer lo necesario para proveer la atención a las necesidades de educación especial.

En diversas oportunidades realizar el diagnóstico de negligencia o descuido puede presentar problemas de subjetividad. El descuido puede ser intencional como cuando se deja solo a un niño durante horas porque ambos padres

---

<sup>16</sup>. Maida, AM, Molina ME, Carrasco X. Síndrome de Munchausen por poder, un diagnóstico a considerar. Rev chil pediatr. 1999; 70:p.215-220

<sup>17</sup>. Maida, AM, Molina ME, Erazo R. Síndrome de Munchausen por poder, una presentación inusual. Rev med Chile. 2001; 129:917-20

trabajan fuera del hogar. Este último ejemplo como tantos otros que generan la pobreza, el abandono o descuido es mas resultado de naturaleza social que de maltrato dentro de la familia <sup>3</sup>.

### **5.1.3 Lugar y modo en que se presenta el maltrato al niño**

**5.1.3.1 En el hogar.** La mayoría de los casos de maltrato infantil ocurre dentro de la familia. Cuando la familia tiene vínculos estrechos con otros pariente, tales como los abuelos, la condición de un niño puede salir a la luz por la intervención de estos.

El abuso sexual y el maltrato físico se revelan al medico general o al pediatra. El maltrato emocional rara vez se presenta de este modo, en gran medida porque surge la duda acerca de la persona apropiada en quien puede confiar un pariente.

Aquellos profesionales que visitan familias, tales como trabajadores de salud y trabajadores sociales, pueden llegar a sospechar el maltrato infantil, pero rara vez son elegidos para confiarles tal revelación. Esto se debe con frecuencia, a que visitan hogares a partir de que surgen preocupaciones iniciales sobre las aptitudes del padre dentro de la familia. Tales padres muchas veces provienen de hogares en los que se abuso de ellos; ven a los especialistas como adversarios que como apoyo, ya que a sus colegas los recuerdan en asociación con las tensiones de su propia infancia <sup>18</sup>.

En la clínica o guardería. Los niños de menos de cuatro o cinco años de edad con frecuencia a revisiones físicas y de crecimiento. Cuando se les cría en un entorno de creencias, es posible que desde época temprana se les coloque en

una guardería. La cuidadosa observación de estos niños puede llevar a la detección d maltrato infantil, pero nunca resulta fácil decidir cuándo el desarrollo de un niño se ve comprometido como consecuencia de maltrato. Cuando las lesiones no accidentales están presentes, resulta menos difícil, pero dichos casos constituyen una minoría.

En la escuela. El abuso contra escolar origina considerables problemas para el reconocimiento del maltrato. Los niños con mayores riesgos vienen de familias en las aquellas que sustenta la autoridad son considerados sospechosos. Los maestros dedican mucho de su tiempo y sus habilidades en ganar la confianza del alumno y esto requieren hacer amistad con ellos.

Mientras mayores son los niños, estos se tornan mas reservados acerca de sus cuerpos, de ahí que la enfermedad escolar y el oficial médico de la escuela que tengan una importante responsabilidad en el reconocimiento de la evidencia física del maltrato. Aunque los maestros son los primeros en sospechar del abuso, nunca resulta fácil observar lesiones físicas cuando los niños se mudan de ropa. El comportamiento de los menores sin embargo, sigue patrones relacionados con la edad y con los que el maestro esta familiarizado. El comportamiento anormal o divergente puede ser síntoma más importante del maltrato infantil y el maestro es el profesional mejor ubicado para sospechar de este.

**5.1.4 Detección del Maltrato.** La idea popular de un niño "golpeado" evoca la imagen de un infante patético, sucio y cubierto de moretones, que mira fijamente al fotógrafo de modo aprehensivo. La verdadera imagen revela que

---

<sup>18</sup> Bryk M, Siegel PT. My Mother Cause My Illness: The Story of a Survivor of Munchausen by Proxy Syndrome. Pediatrics. 1997; 100:1-7

los niños sufren de una variedad infinita de abusos, por lo general a manos de los propios padres y a menudo sin lesión evidente ni queja.

El maltrato infantil incluye una serie de ofensas que van de los extremos de la violación y el asesinato, hasta la más sutil e insidiosa negación de amor.<sup>15</sup> Un niño que crece sin esperar nada sino un entorno hostil aprenderá a vivir dentro de estos límites y adaptará su comportamiento de tal forma que no traiga la mínima agresividad. Tales niños aprenden desde época temprana a procurar la complacencia de cualquier adulto con el que puedan entrar en contacto como forma de protegerse a sí mismos.

La habilidad para detectar que un niño ha sido maltratado depende, por lo tanto, del conocimiento por parte de cada observador no sólo del estado físico de un niño, sino del comportamiento normal infantil. No basta con notar cualquier cambio en las interacciones sociales de un niño en particular, pues el niño agredido constantemente puede haber sufrido desde la primera infancia. Por consiguiente, cuando un niño parece comportarse de un modo anormal, deberá considerarse la posibilidad de que la causa sea el maltrato.

La detección de esta variedad de maltrato infantil depende de dos factores: la capacitación en los patrones típicos que aquél presenta y la experiencia. Para llegar a desarrollar un "olfato" y descubrir al niño maltratado, cada individuo necesita haber acumulado un acervo considerable de casos. El entrenamiento debe, por supuesto, ocupar el primer lugar. No es sino hasta que tenemos un grupo de observadores estratégicamente ubicados en la comunidad, que podemos esperar alcanzar la detección temprana<sup>5</sup>.

## **5.1.5 Como Identificar A Los Niños Maltratados**

**5.1.5.1 Los Indicadores de Conducta.** El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores<sup>15</sup>.

Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que señalamos a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas<sup>19</sup>:

- Las ausencias reiteradas a clase
- El bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración
- La depresión constante y/o la presencia de conductas autoagresivas o ideas suicidas.
- La docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o
- Defensiva frente a los adultos.
- La búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños.
- Las actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad.

### **5.1.5.2 Los indicadores físicos:**

- La alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo.
- La persistentes falta de higiene y cuidado corporal
- Las marcas de castigo corporales.
- Los "accidentes" frecuentes.
- El embarazo precoz.

## **5.1.6 Factores Asociados Con El Maltrato Y Las Causas**

### **Factores**

#### **5.1.6.1 Individuales:**

- Ascendientes maltratadores
- Concepto equivocado de la disciplina
- Falsas expectativas
- Inmadurez
- Retraso Mental
- Psicopatías
- Adicciones
- Trato brusco

---

<sup>19</sup> Giurgea I, Ulinski T, et al. Factitious Hyperinsulinism Leading to Pancreatectomy: Severe Forms of Munchausen Syndrome by Proxy. Pediatrics. 2005; 116:146-14

#### **5.1.6.2 Familiares:**

- Hijos no deseados
- Desorganización hogareña
- Penurias económicas
- Desempleo o subempleo
- Desavenencia conyugal
- Falta de autodominio
- Educación severa

#### **5.1.6.3 Sociales:**

- Concepto del castigo físico
- Actitud social negativa hacia los niños
- Indiferencia de la sociedad

**5.1.7 Causas:** Supone que los "factores de estrés situaciones" derivan de los siguientes cuatro componentes:

- Relaciones entre padres: Segundas nupcias, disputas maritales, padrastros cohabitantes, o padres separados solteros.
- Relación con el niño: Espaciamiento entre nacimientos, tamaño de la familia, apego de los padres al niño y expectativas de los padres ante el niño.
- Estrés estructural: Malas condiciones de vivienda, desempleo aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.
- Estrés producido por el niño: Niño no deseado, niño problema, un niño que no controla su orina o su defecación, difícil de disciplinar, a menudo enfermo, físicamente deforme o retrasado.

Las posibilidades de que estos "factores de estrés" situacionales desemboquen en el maltrato infantil o el abandono, determinan la relación padres-hijo y dependen de ella. Una relación segura entre éstos amortiguará a cualquier efecto del estrés y proporcionará estrategias para superarla, a favor de la familia. En cambio, una relación insegura o ansiosa no protegerá a la familia que esté bajo tensión; la "sobrecarga de acontecimientos", como las discusiones o el mal comportamiento del niño, puede generar diversos ataques físicos o comportamiento del niño, puede generar diversos ataques físicos o emocionales.<sup>20</sup> En suma, lo anterior tendrá un efecto negativo en la relación existente entre los padres y el hijo, y reducirá los efectos amortiguadores aun más. Así, se establece un círculo vicioso que, a la larga, lleva a una "sobrecarga sistemática", y en que el estrés constante ocasiona agresiones físicas reiteradas. La situación empeora en forma progresiva, sin la intervención pertinente, y podría calificarse como una "espiral de violencia".

De aquí se sigue que la relación padres-hijo debería ser el punto de concentración para el trabajo en torno de la prevención, tratamiento y manejo del maltrato y abandono infantiles. Es en este nivel que los psicólogos como nosotros podemos aportar una contribución significativa.

Como sugiere el modelo, el grado de involucramiento de los padres en la relación con el niño dependerá de la personalidad o el carácter y su patología, como sería el mal control del temperamento y los desordenes psiquiátricos<sup>12</sup>. Estos factores de personalidad pueden ser resultado de las experiencias sociales tempranas del padre o la madre; de hecho, muchos padres que maltratan informan que ellos mismos fueron víctimas del maltrato cuando eran niños.

---

<sup>20</sup> Biblioteca Virtual en Salud. DeCS. Descriptores en Ciencias de la Salud

Finalmente, como se indica al comienzo del presente capítulo, los valores culturales y comunitarios pueden afectar las normas y estilos del comportamiento los padres. Éstos recibirán la influencia de su posición social, en lo que se refiere a edad, sexo, educación, condición, socioeconómica, grupo étnico y antecedentes de clase social.

Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de crianza, inseguridades, y perspectivas o expectativas que no se ajustan a lo que es de esperar en cada etapa evolutiva de sus hijos. Como señala Kempe, estas características psicológicas en sus padres, son un importante potencial del maltrato. De tal forma que:

"Cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas anímicas y con dificultades para requerir apoyo externo, puede desatar la violencia".

Resumiendo, los factores que estos autores relacionan con el maltrato son<sup>3</sup>:

- La repetición de una generación a otra de una pauta de hechos violentos, negligencia o privación física o emocional por parte de sus padres.
- El niño es considerado indigno de ser amado o es desagradable, en tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos no se adecuan a la realidad que los niños son, además, consideran que el castigo físico es un método apropiado para "corregirlo" y llevarlos a un punto más cercano a sus expectativas.
- Es más probable que los malos tratos tengan lugar en momentos de crisis. Esto se asocia con el hecho de que muchos padres maltratantes tienen escasa capacidad de adaptarse a la vida adulta.

- En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con las fuentes externas de las que podrían recibir apoyo. En general estos padres tienen dificultades para pedir ayuda a otras personas. Tienden a aislarse y carecen de amigos o personas de confianza <sup>6</sup>.

**5.1.8 Características del Niño Golpeado Y El Agente Agresor.** El niño no solamente es maltratado a través de la agresión física, sino también por la privación del alimento, cuidados físicos y estimulación sensorial tan necesaria para su desarrollo. Así, la desnutrición, las malas condiciones higiénicas del niño, el retraso en las esferas del lenguaje y personal social, clásicamente consideradas como medidas de la estimulación que el niño recibe de su ambiente, son la regla, en nuestra muestra y en la de otros autores. A lo anterior se suma el deterioro de las funciones intelectuales como secuela de lesiones al sistema nervioso central. De acuerdo con algunos autores, este tipo de secuelas llega al 40%.

En nuestra serie basta enfatizar la presencia en el 17% de los casos de secuelas neurológicas severas y retraso importante en el desarrollo en el 50% de los niños afectados.

En algunos casos cabe la posibilidad de que el retraso y apariencia poco agraciada del menor disparasen la ira del agresor. Pero en otros muchos puede plantearse la posibilidad inversa: que el retraso fuese secuela de asaltos previos y retroalimente la ira de desencadenarse de agresiones posteriores. En no pocas veces, inclusive, sirve para justificar al agresor en sus nuevos ataques al niño.

El panorama se vuelve más sombrío si recordamos, como lo han demostrado varios trabajos, que la desnutrición por sí misma es capaz de afectar en sentido negativo y en forma irreversible el crecimiento y el desarrollo. Para algunos autores, la "falla para crecer" en un niño, puede ser el primer dato que oriente hacia el diagnóstico.

Estos niños muestran un patrón de comportamiento muy característico cuando están internados en el hospital. Aun en ausencia de lesiones que comprometan el estado general, el niño aparece triste, apático y en ocasiones estupuroso; rehuye el acercamiento del adulto y frecuentemente se oculta bajo las sábanas. En general, es un niño que llora y no se muestra ansioso, cuando se trata un lactante mayor o un preescolar, por la ausencia de la madre y aun puede mostrar franco rechazo hacia ésta cuando ha sido la agresora. La conducta del niño cambia relativamente poco tiempo a una de aferramiento excesivo hacia el personal del hospital, con gran necesidad de contacto físico, al mismo tiempo que hay periodos patentes de agresividad cuando se les frustra; estos niños pegan y aun llegan a morder a las enfermeras, a pesar de que éstas muestran especial afecto y cuidado al menor cuando se enteran del problema.

Se han señalado también patrones de comportamiento característicos del agente agresor en el hospital; poco interés del familiar involucrado acerca de la seriedad de las lesiones y evolución del padecimiento, con abandono del niño en el hospital o, al menos, visitas cortas muy esporádicas y el comentario frecuentes de las enfermeras de la sala "de no conocer al padre o madre del niño", a pesar de estancias prolongadas. Sin embargo, esto no es necesariamente un comportamiento característico del familiar agresor; en ocasiones, el padre o familiar involucrado parece mostrar una gran preocupación por la enfermedad del pequeño paciente, con actitudes francas de sobreprotección hacia éste, lo cual hace más difícil para el médico, la enfermera y aun la trabajadora social con experiencia en el manejo de este

problema, aceptar la posible culpabilidad en una persona tan aparentemente interesada en el bienestar del menor.

En nuestra serie, al igual de lo que sucede al comparar los reportes de diversos autores, existe cierta discrepancia en lo que se refiere al familiar involucrado como agresor. Si tomamos en cuenta sólo los casos en los cuales la identificación del agresor fue calificada como "comprobada" o "muy posible", el padre aparece como agresor en el 26% de los casos y la madre en el 58%; en el 16% restantes, estuvieron involucrados padrastros, madrastras y un hermano mayor.

Hay acuerdo general en que se trata de personas jóvenes y aun cuando existe la creencia de que el maltrato físico extremo está confinado a la clase socioeconómicamente baja y/o personas de inteligencia baja, la mayor parte de los reportes, así como nuestra experiencia, están de acuerdo en que los padres golpeados provienen de todas las clases sociales y están dentro de todos los niveles de inteligencia. En un trabajo se señala que "es probable que algunos padres estén psicológicamente propensos a este desastre particular, pero esto no tiene nada que ver con la clase social o inteligencia".

Se han descrito muchos rasgos característicos del agente del agresor. Entre ellos estaría la inmadurez emocional, la cual es la consecuencia de insatisfacción de la misma durante la niñez.

Sentimientos de ira, coraje y frustración hacia los hijos, son normales; pero comúnmente están balanceados por sentimientos igualmente importantes de protección y cariño y, sólo rara vez, bajo presiones desorbitadas del ambiente, resultan en una pérdida total del control. En los agresores, se ha enfatizado

también, la existencia de un grado especialmente alto de impulsividad y pobres mecanismos de control para la misma, lo cual hace que un estímulo aparentemente pequeño, que generalmente toleran bien la mayor parte de los padres, provoque la reacción agresiva intensa hacia el menor involucrado. Sin embargo, otros autores enfatizan que el agresor funciona bien fuera de la presencia del niño agredido y que este último es dotado de características reales o supuestas, que desencadenan el maltrato y/o actitudes abiertas de rechazo.

Estas características pueden ir desde inquietud motora marcada, llanto excesivo, aspecto físico del menor, enfermedades frecuentes, etc., hasta otras más sutiles y las cuales requieren de una investigación cuidadosa para descubrirlas, como son el conferir al niño características del adulto. Muy frecuentemente, estos padres tienen dificultad para ver al bebé como tal y esperan que coma sin dejar nada de la ración ofrecida o demandan hábitos de limpieza por encima de la edad del niño, especialmente un control muy precoz esfínteres anal y vesical por lo que los ataques al niño suelen ocurrir alrededor de la hora de comida o de la defecación. No es raro también que una madre insatisfecha en sus relaciones interpersonales, especialmente con el esposo, tome al bebé como única fuente de satisfacción; si responde como ella quiere, no hay problema; pero si es llorón o no acepta el alimento ofrecido, puede pensar que el bebé la rechaza, la critica y dispararse así la agresión. En otras ocasiones se desplaza hacia el menor parte de la conflictiva del agresor; tal sería el suponer que el niño, concebido en relaciones pre o extramaritales, es un estigma, y por ello generados de culpa e ira del agresor. Más difícil de descubrir es un hecho encontrado en dos de nuestros casos: el niño es tomado como un rival que acapara los cuidados del otro cónyuge, atención que es requerida en exclusividad, y con ello surgen los celos, la ira y la agresión.

Fuera de lo antes señalado, los agresores presentan escasa o nula psicopatología, cuando menos aparente. Muy frecuentemente, el agresor, en quien la sola presencia del niño provoca un estado afectivo incontrolable, trata de manejar sus emociones apartándose del menor a través de relegar los cuidados al otro padre u otra persona; es cuando se rompe este arreglo que ocurre la agresión. Esto último explicaría la mayor frecuencia del llamado "Síndrome del Niño Golpeado" durante los primeros dieciocho meses de vida, lo cual, inclusive, ha hecho que también se conozca este problema como "Síndrome del Bebé Golpeado". Cuando el niño empieza a caminar y más aún cuando es capaz de aprender a rehuir al agresor, las agresiones son más frecuentes <sup>5</sup>.

## **5.2 DESNUTRICIÓN**

Desnutrición<sup>18</sup> primaria: es el síndrome clínico debido a un balance negativo de nutrientes por carencia alimenticia, fundamentalmente acompañada por carencia de estimulación neuropsicoafectiva y que afecta a lactantes y a niños de estratos sociales con graves carencias socio-económicas-culturales.

La desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica. Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 6 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte, ellos dependen de terceras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos necesarios.

GRADO I: Déficit ponderal del 10 – 24% (leve)

GRADO II: Déficit ponderal del 10 – 24% (leve)

GRADO III: déficit ponderal del 40% o mayor (grave)

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro; preguntar sobre tos o dificultad respiratoria, diarrea, problemas del oído, garganta, maltrato y luego  
**VERIFICAR SI HAY DESNUTRICIÓN Y ANEMIA.**



**EN SEGUIDA, VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICIÓN Y ANEMIA**

**OBSERVAR Y PALPAR:**

- Determinar si hay emaciación visible
- Determinar si tiene palidez palmar. ¿Es palidez palmar intensa? palidez palmar leve?
- Verificar si hay edema en ambos pies
- Determinar el peso para la edad
- Determinar la talla para la edad
- Determinar el peso para la talla
- Determinar la tendencia del peso

*Clasificar la SITUACIÓN NUTRICIONAL*



**CLASIFICAR** la enfermedad del niño mediante el cuadro de clasificación codificado por colores para desnutrición y anemia.



Luego **VERIFICAR** otros problemas, de desarrollo y el estado de vacunación.

Una madre puede consultar porque su hijo tiene una enfermedad aguda. Quizás el niño no tenga trastornos que indiquen desnutrición. Un niño enfermo

puede estar desnutrido y tal vez su familia no lo haya notado. Un niño con desnutrición es más susceptible a numerosos tipos de enfermedades y estas cursan con mayor gravedad. También los niños con desnutrición leve o moderada tienen mayor riesgo de morir que el resto de los niños no desnutridos.

El reconocimiento y tratamiento de niños con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de desnutrición pueden tratarse en la casa mientras que los casos graves deben referirse a un hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre, o un tratamiento específico para la enfermedad que contribuye a la desnutrición (como por ejemplo la tuberculosis).

**5.2.1 Causas de desnutrición.** La desnutrición se debe a diversas causas.

Un tipo de desnutrición es la calórico-proteico, que se desarrolla cuando el niño no obtiene de sus alimentos suficiente energía o proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Un niño que padece enfermedades frecuentemente también puede contraer desnutrición calórico-proteica. El apetito del niño disminuye y los alimentos consumidos no se utilizan eficientemente. En la desnutrición calórico-proteica, el niño:

- puede sufrir emaciación, un signo de marasmo.
- puede desarrollar edema, un signo de kwashiorkor.
- tal vez no se desarrolle bien y se retrase su crecimiento (talla demasiado baja).

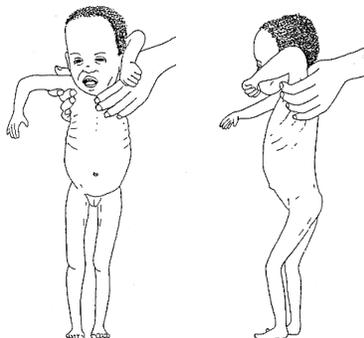
Un niño desnutrido tiene carencias vitamínicas y de minerales esenciales. Debido a que no ingiere con los alimentos que recibe, cantidades suficientes y necesarias de vitaminas o minerales (como el hierro).

Una dieta sin alimentos con alto contenido de hierro puede llevar a la carencia de hierro y anemia. Anemia significa que el paciente tiene un número reducido de glóbulos rojos o una disminución de la hemoglobina en cada glóbulo rojo. Un niño también puede contraer anemia como resultado de:

- Infecciones
- Parásitos como uncinarias o tricocéfalos, los cuales puede causar pérdida de sangre por medio de los intestinos y anemia.
- La malaria, que puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. Los niños pueden contraer anemia ante episodios reiterados de malaria o tratamiento inadecuado de esta afección. La anemia puede aparecer lentamente y generalmente se debe tanto a desnutrición como a malaria.

**5.2.2 Cómo evaluar a un niño para detectar desnutrición y anemia.** Se evalúa a todos los niños enfermos para determinar si padecen desnutrición y anemia, primero observe:

### Si hay emaciación



Un niño con emaciación tiene marasmo. El niño presenta este signo si está muy delgado, no tiene grasa y parece como si solo tuviera piel y huesos. Algunos niños son delgados pero no tienen emaciación. Este paso de la evaluación

le ayudará a reconocer a los niños con emaciación que necesiten tratamiento y referencia urgente a un hospital.

Para poder observar si existe emaciación, desvista al niño. Observe si hay atrofia muscular en hombros, brazos, nalgas y piernas. Observe si se ve fácilmente el contorno de las costillas. Observe las caderas; tal vez se vean pequeñas si se las compara con el tórax y el abdomen.

Obsérvelo de perfil a fin de determinar si no tiene grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, la piel presenta numerosos pliegues en las nalgas y los muslos de modo tal que el niño da la impresión de estar usando pantalones demasiado anchos.

El rostro de un niño con emaciación puede aun parecer normal y el abdomen quizá esté grande o distendido.

**Si hay palidez palmar.** La palidez extrema de la piel constituye un signo de anemia. Para verificar si el niño padece palidez palmar, mire la piel de la palma de su mano. Mantenga abierta tomándola suavemente desde el costado. No extienda los dedos hacia atrás dado que esto podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

Compare el color de la palma del niño con su propia palma y las palmas de otros niños. Si la piel de la palma del niño está pálida, tiene algún tipo de

palidez palmar. Si la piel de la palma es muy pálida o tan pálida que parece blanca, padece palidez palmar grave.

La decisión de usar la palidez palmar en la evaluación de la anemia se basa en la dificultad para medir niveles de hematocrito y hemoglobina en el primer nivel de atención. Los signos clínicos para detección de anemia severa que requiere referencia urgente al hospital deben ser tan sensibles y específicos como sea posible si se tiene en cuenta la alta mortalidad que produce la anemia severa.

La sensibilidad y la especificidad de la palidez palmar para el diagnóstico de anemia moderada no es tan alta. No obstante, es aceptable para la detección clínica de anemia moderada tener menor especificidad que para la anemia severa, porque el sobre tratamiento con hierro no es costoso y usualmente no es peligroso, además existe deficiencia subclínica de hierro en muchas poblaciones.

Muchos niños con anemia moderada que no se detectan por palidez palmar recibirán consejos nutricionales, que mejorarán la ingesta de hierro. La elección de utilizar la palidez palmar se basa en un análisis de sensibilidad y especificidad. Es también posible utilizar la palidez conjuntival para detectar anemia, sin embargo en lugares donde la conjuntivitis es común, el signo de palidez es reemplazado por hiperemia conjuntival. Además, el examen de las palmas no es traumático para el niño, mientras que el examen de la conjuntiva casi siempre resulta en llanto del niño.

Estudios en Gambia, Bangladesh, Kenya y Uganda comparan el uso de palidez palmar severa con palidez conjuntival severa. Los resultados de estos estudios

muestran que la sensibilidad de la palidez palmar severa es similar o mejor que la palidez conjuntival, y en todos los estudios, la especificidad es casi la misma que para la palidez conjuntival.

**Palpar para determinar si hay edema en ambos pies.** Un niño con edema en ambos pies puede padecer kwashiorkor (otra forma de desnutrición grave). Otros signos comunes de kwashiorkor incluyen cabello fino, ralo y descolorido que cae fácilmente; piel seca, escamosa especialmente en brazos y piernas, y rostro hinchado o en forma de "luna". El edema se produce cuando se acumula una cantidad extraordinariamente grande de líquido en los tejidos. Los tejidos se llenan de líquido y parecen hinchados o tumefactos. Observe y palpe para determinar si el niño tiene edema. Utilice su dedo pulgar para presionar suavemente por unos pocos segundos en el lado superior de cada pie. El niño tiene edema si le queda una marca en el pie cuando usted levanta su pulgar. Luego: determinar el peso y la talla del niño: La gráfica de crecimiento es uno de los instrumentos más importantes de la consulta de niños. Es igual de importante que utilizar el fonendoscopio y otoscopio. El crecimiento debe evaluarse en cada consulta del niño. El niño está en crecimiento constante, por lo tanto si está creciendo quiere decir que el estado de salud es bueno. La talla es un gran indicador del estado de salud, el peso no lo es tanto, a pesar de esto, se hace mucho énfasis en el aumento de peso y no en la talla.

Siendo tan importantes los datos de peso y talla, se deben obtener datos confiables, una talla mal tomada puede tener hasta 5 centímetros de error. Los datos de peso y talla no significan nada si no se comparan con los valores de normalidad para la edad y para el propio niño (si se tienen datos previos). Las tablas que actualmente se recomienda utilizar son las de la NCHS.

Es importante no hacer falsos diagnósticos de normalidad en tallas bajas basándonos en la talla familiar, actualmente el proyecto Genoma Humano mostró la poca variabilidad de este en los seres humanos del planeta, lo que lleva a pensar que variabilidades en la talla son más el producto del medio ambiente y entonces los gráficos de los países desarrollados son las verdaderas referencias estaturales. Un comité de expertos de la OMS llegó a la conclusión que así como las curvas de la NCHS eran aptas para todos los niños estadounidenses, de cualquier raza incluidos los inmigrantes, también lo era como patrón ideal para los latinoamericanos.

Las medidas antropométricas (peso y talla) son un indicador bastante fidedigno de las variaciones del comportamiento del sistema nutricional. Así, si el sistema nutricional de un individuo se ve afectado por defecto (presencia de enfermedades infecciosas o carencias en la dieta), predeciblemente las medidas externas corporales se afectarán por defecto. En igual forma si el sistema nutricional se ve afectado por exceso (por ejemplo en la dieta), predeciblemente las medidas externas corporales se verán afectadas por exceso.

Estas medidas se utilizan con mayor frecuencia para realizar la vigilancia nutricional de los individuos y poblaciones, sin ser éstas las únicas variables que identifican el estado nutricional ya que existen otros indicadores directos (clínicos, bioquímicos) y otros antropométricos, que aportan a la caracterización del estado nutricional.

La valoración del estado nutricional en los niños menores de 5 años se realiza a partir de la distribución normal de probabilidades utilizando el Z score de tres índices nutricionales básicos y universales que son talla/edad (indicador de

retraso en talla o desnutrición crónica), peso/talla (indicador de adelgazamiento o desnutrición aguda) y peso/edad (indicador de insuficiencia ponderal o desnutrición global). Con estos tres índices se pueden analizar los diferentes riesgos de desnutrición.

**5.2.3 Determinar el peso para la edad.** El índice peso / edad: mide el peso en relación con la edad. Refleja la situación nutricional global sin especificar la magnitud del problema. Generalmente éste indicador está alterado cuando los indicadores talla/edad y peso/talla presentan alguna deficiencia.

En el peso para la edad se compara el peso del niño con el peso de otros niños de la misma edad y del mismo sexo.

Es importante que conozca los puntos de corte utilizados internacionalmente para éste índice:

- z-score  $< -2$  desviaciones estándar (ds): riesgo medio y alto de adelgazamiento o desnutrición aguda (también llamado prevalencia clásica)
- z-score  $\geq -2$  y  $< -1$  ds: riesgo bajo de adelgazamiento o desnutrición aguda
- z-score  $\geq -1$  y  $< 2$  ds: normal o sin riesgo
- z-score  $\geq 2$  ds: exceso de peso

Mire ahora los cuadros de peso por edad que se encuentran más adelante, lo primero que debe hacer es buscar el cuadro que le corresponde por sexo, es decir, buscar el cuadro de NIÑO o de NIÑA y luego determinar el peso para la edad.

Para determinar el peso para la edad:

1. Calcular

2. la edad del niño en meses.

3. Es importante pesar con exactitud; para ello es necesario respetar las condiciones siguientes:

- Controlar la calibración de la balanza.

- El niño debe estar desnudo.

- La madre debe estar al lado del niño y debe hablarle para tranquilizarlo pero no debe tocarlo.

- Ni los pies ni las manos del niño deben tocar la superficie en la que está apoyada la balanza y/o la pared.

- Establezca el peso primero en kilogramos y luego en gramos.

- En caso que el niño no se deje pesar, se pesa a la madre sola y se anota el peso, luego pesar a la madre con el niño cargado; restar del peso de la lectura anterior.

Utilizar el cuadro de peso para la edad para determinar el peso para la edad.

- Mire el eje de la mano izquierda (vertical) para ubicar la línea que muestra el peso del niño.

- Mire el eje inferior (horizontal) del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad del niño en meses o en años y meses.

- Busque el punto donde se encuentra la línea del peso (vertical) con la línea para la edad del niño (horizontal) y márkelo.

Determinar si el punto está por encima o debajo de la curva inferior, o justo en la curva. Se utiliza para esto las curvas de la NCHS, para definir normalidad, la mediana (P50) y los percentiles 90 y 25. Los percentiles 10 y 97, definen respectivamente bajo peso (P10) y peso alto (P97); entonces:

- Si el punto está justo en la curva inferior (P10) o por debajo de la curva inferior, el niño tiene bajo peso para su edad.
- Si el punto está por encima de la curva inferior (P10), el niño no tiene bajo peso para su edad.

**5.2.4 Determinar la tendencia del peso:** Si esta no es la primera consulta en su servicio y tiene disponibilidad de otros pesos, evalúe la tendencia de los mismos. El aumento de peso en forma gradual y sostenida a través de los meses es la expresión de un estado saludable.

Mucho más significativo que los datos aislados es la línea que representa la dirección o secuencia del crecimiento.

Para visualizar la dirección del crecimiento Ud. debe unir con una línea los puntos registrados en la tarjeta:

- Si la línea es horizontal resulta evidente que el niño mantiene el mismo peso; es decir, no hay ganancia de peso.
- Si la línea desciende indica pérdida de peso.
- Si la línea es ascendente indica aumento de peso.

**5.2.5 Determinar la talla para la edad:** El Índice talla / edad: mide el proceso de crecimiento del individuo en relación con la edad. Se reconoce como

evaluador de deficiencia en talla o enanismo nutricional (desnutrición crónica), la cual puede ser el resultado de consecuencias acumuladas de retardo en el crecimiento. Está asociada a pobres condiciones socioeconómicas y altos índices de NBI.

Para evaluar la talla para la edad, se compara la talla del niño con la talla de otros niños de su misma edad y sexo, para esto se utilizan las mismas tablas de la NCHS ya utilizadas en el peso.

Es importante que reconozca los puntos de corte utilizados internacionalmente para éste índice:

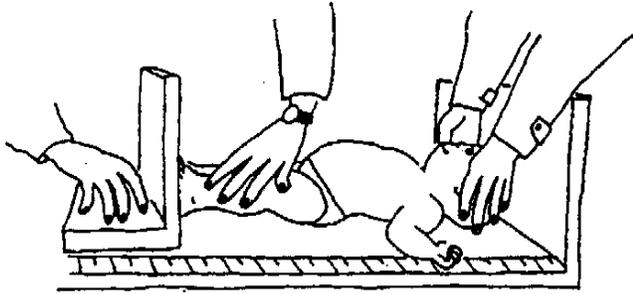
- z-score  $< -2$  desviaciones estándar (ds): riesgo medio y alto de retraso en el crecimiento o desnutrición crónica (también llamado prevalencia clásica)
- z-score  $\geq -2$  y  $< -1$  ds: riesgo bajo de retraso en el crecimiento o desnutrición crónica
- z-score  $\geq -1$  ds: normal o sin riesgo

En los niños menores de 24 meses se mide la longitud corporal en decúbito supino. El instrumento que se utilice para medir a estos niños tiene que reunir las condiciones siguientes:

- Superficie horizontal plana, dura, rígida (mesa).
- Regla o cinta métrica inextensible, graduada en centímetros y milímetros, fija a lo largo de la mesa.
- Una superficie vertical fija en un extremo de la mesa, coincidiendo con el 0 de la cinta métrica.
- Una superficie vertical móvil que pueda desplazarse manteniendo el

ángulo recto- con la superficie horizontal (mesa) y sin juego lateral.

Es importante medir con exactitud, la medición se debe efectuar con un ayudante:



- Se coloca al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana (mesa).
- El ayudante mantiene la cabeza del niño en contacto con el plano vertical fijo, en el cero de la cinta métrica.
- La persona que está midiendo al niño, estira las piernas de éste, y mantiene los pies en ángulo recto, deslizando la superficie vertical móvil hasta que esté en contacto con los talones del niño.

A partir de los 24 meses la estatura se mide en posición de pie. El instrumento de medición debe tener las siguientes características:

- Una superficie vertical rígida en estricto ángulo recto con el plano horizontal (puede ser una pared que deberá estar en escuadra).
- Un piso (en ángulo recto con la superficie vertical) en el que el niño pueda pararse y estar en contacto con la superficie vertical.

- Una superficie horizontal móvil que se desplace en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical.
- Regla o cinta métrica graduada en centímetros, inextensible, fija en la superficie vertical.

**Es importante medir con exactitud:**

- Se ubica al niño parado con talones, glúteos y cabeza, en contacto con la pared. Puede ser necesario que un ayudante sostenga los talones en contacto con el piso y las piernas bien extendidas. La cabeza debe sostenerse de modo que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que el meato auditivo externo.

-Se desliza la superficie móvil hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con éste, hasta que toque la cabeza del niño. Se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire haciéndose lo más alto posible. Entonces se efectúa la lectura en la cinta métrica.

También existen gráficas para registrar e interpretar los datos correspondientes a la estatura.

La forma de registrar el valor obtenido en la medición de la estatura es igual que en la gráfica de peso. En la abscisa se lee la edad en meses o en años y meses y en la ordenada la talla en centímetros.

Para definir normalidad, generalmente se utiliza la mediana (P50) y los percentiles 90 y 25. Los percentiles 10 y 97, definen respectivamente talla baja y talla alta.

Si el punto está justo en la curva inferior (P10) o por debajo de la curva inferior, el niño tiene talla baja para su edad.

- Si el punto está por encima de la curva inferior (P10), el niño no tiene talla baja para su edad.

**5.2.6 Determinar El Peso Para La Talla:** El índice peso/talla<sup>21</sup>: relaciona el peso corporal del individuo frente a su propia estatura. La pérdida de peso indica el déficit de masa muscular y grasa comparada con la cantidad esperada en un niño de la misma talla o longitud. Este indicador se conoce como evaluador de enflaquecimiento (desnutrición aguda).

Es importante que reconozca los puntos de corte utilizados internacionalmente para éste índice:

- z-score < -2 desviaciones estándar (ds): riesgo medio y alto de adelgazamiento o desnutrición aguda (también llamado prevalencia clásica)
- z-score  $\geq$  -2 y < -1 ds: riesgo bajo de adelgazamiento o desnutrición aguda
- z-score  $\geq$  -1 y < 2 ds: normal o sin riesgo
- z-score  $\geq$  2 ds: exceso de peso

Usted ya cuenta con el peso y la talla del niño, ahora debe correlacionar si el peso es adecuado para la talla, para esto se utiliza una tercera tabla también de la NCHS.

- Mire el eje vertical de la curva para ubicar la línea que muestra la talla del niño.

- Mire el eje horizontal del gráfico para ubicar la línea que muestra el peso del niño.

- Busque el punto donde se encuentran la línea de la talla con la línea del peso del niño.

Se considera que el peso para la talla es bajo si el punto se encuentra justo en la curva del percentil 10 ó por debajo de la curva del P10.

---

<sup>21</sup> Manual Aiepi 2007 Pag 22-44

## 6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICION	CATEGORIA	NIVEL DE MEDICION
DEMOGRAFICA	cuantitativa	EDAD	Meses –días - años cumplidos	Niños ente los 0 y 10 años	Razón
		GENERO	Caracterización fenotípica	Hombre – mujer	Nominal
		ESTRATO SOCIOECONOMICO	Clasificación socio - económica	0-1-2	Nominal

<b>NUTRICIONAL</b>	<b>cuantitativa</b>	TALLA	Cuantificación de la altura	Metros	Razón
		PESO	Medida de la masa corporal de un Individuo	kilogramos	Razón
		PERIMETRO CEFALICO	Medición del perímetro de la cabeza para determinar anomalías en el crecimiento	centímetros	Razón
		PESO PARA LA	Medida del estado de DNT	PERCENTIL 95%, 90%, 85%, 75%,	Razón

		EDAD	global es decir el efecto combinado de condiciones crónicas o recientes	50%, 25%, 10%, 5%	
		TALLA PARA LA EDAD	Resultado de un pasado nutricional de salud, es decir el estado nutricional crónico.	PERCENTIL 95%, 90%, 85%, 75%, 50%, 25%, 10%, 5%	Razón
		PESO PARA LA TALLA	Indicador de estado nutricional actual	PERCENTIL 95%, 90%, 85%, 75%, 50%, 25%, 10%, 5%	Razón

		INDICE DE MASA CORPORAL	Peso/talla <sup>2</sup>	Déficit <5%, bajo peso 5% - 15%, normal 15% - 85%, sobrepeso 85% - 95% y obesidad >95%	Razón
	<b>cuantitativa</b>	EDEMA	Acumulación de líquido en el espacio intersticial y en cavidades del organismo	Grado I Grado II Grado III	Nominal
		EMACIACION	Perdida de masa protoplasmática , referida al organismo entero	Presente Ausente	Nominal

<b>SIGNOS DE MALTRATO</b>					
		ANEMIA	Déficit de hemoglobina	Leve: Hb > 10 gr/dl Moderada: Hb 8-10 gr/dl Severa: Hb 5-8 gr/dl Muy severa: Hb < 5 gr/dl	Razón
		PATOLOGIAS PRESENTES	Afectación del estado de salud producido por la presencia de un agente exógeno o endógeno.	EDA IRA ASMA SDRRN PARASITOSIS OTROS	Nominal

		TIPO DE ALIMENTACION	Requerimientos mínimos básicos para un correcto estado nutricional	Balanceada No balanceada DNT GI DNT GII DNT GIII	Nominal
		INDICADORES DE CONDUCTA	Conjunto de comportamientos sugestivos de maltrato	Ausencias reiteradas a clase Bajo rendimiento escolar Depresión constante Conductas autoagresivas Ideas suicidas Docilidad excesiva Actitud defensiva	Nominal

	<b>cualitativa</b>			y/o evasiva Defensa frente al adulto otros	
		INDICADORES FISICOS	Conjunto de signos sugestivos de maltrato por ubicación de lesiones en lugares poco habituales de accidentalidad	La alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo.  La persistentes falta de higiene y cuidado corporal  Las marcas de castigo corporales.  Los " accidentes"	Nominal Nominal

				frecuentes.  Lesiones en partes anatómicas no usuales de caídas o accidentes menores en los niños  El embarazo precoz	
--	--	--	--	---	--

## **7. DISEÑO METODOLOGICO**

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos retrospectivo. Los estudios descriptivos de series de casos clínicos constituyen una modalidad de estudio que tienen como finalidad acotar el análisis a un grupo particular de sujetos caracterizados por ser portadores de una enfermedad o condición particular. Ellos pueden ser un conjunto de enfermos diagnosticados recientemente (casos incidentes) que en nuestra población son los pacientes pediátricos que ingresan al 3 y 4 piso del Hospital Universitario de Neiva con diagnóstico de desnutrición grado II y III y a partir de los cuales se pretende seleccionar la población infantil presuntamente maltratada.

### **7.2 UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio de investigación se llevo a cabo en el Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo”, entidad que presta servicios de III nivel; mas exactamente en el servicio de pediatría localizado en el 3 y 4 piso de la institución, el cual presta el servicio de hospitalización.

### **7.3 POBLACIÓN**

Fueron las Historias Clínicas de los pacientes pediátricos cuyas edades oscilan entre los 0 a 10 años, quienes ingresaron al servicio de pediatría

del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo con diagnóstico de desnutrición grado II y III en el periodo de tiempo comprendido entre el 01 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007. El número de historias clínicas fueron en total 66 de los pacientes que consultaron en ese periodo de tiempo y con ese diagnóstico, sea esta población pediátrica femenina o masculina.

## **7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La técnica aplicada en nuestro proyecto es la revisión documental aplicada a las historias clínicas elaboradas por el servicio de pediatría y almacenadas en el archivo del hospital. El instrumento utilizado es el cuestionario (ver anexo), para el cual se establecerá un formato claro y sencillo donde detallaremos las variables a evaluar las cuales buscan resolver cada uno de los objetivos propuestos en nuestro proyecto de investigación. El cuestionario se aplicó teniendo como base la información registrada en las Historias Clínicas y los anexos contenidos dentro de estas, que aportaron suficiente información relevante en pro de los resultados del presente estudio. Los datos recogidos son de un periodo de 2 años comprendidos entre el 01 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007, para así poder ampliar el número de pacientes ingresados con este diagnóstico.

**7.4.1 Procedimiento de Recolección de Información.** Se realizó una revisión documental teniendo en cuenta información disponible a partir de datos recopilados por diferentes médicos pediatras en las historias clínicas, así como de los registros por parte del servicio de trabajo social consignados allí mismo. Dentro de los datos reportados en la Historia Clínica se tuvo en cuenta los siguientes:

- ✓ Formato de AIEPI en especial los ítems acerca de la verificación de signos de maltrato y desnutrición, examen físico, valoración nutricional y psicomotriz según escalas de desarrollo.
- ✓ Diagnostico Medico
- ✓ Formato de Remisión
- ✓ Formatos de Ingresos y Epicrisis realizados en el Hospital
- ✓ Escalas de Desarrollo Psicomotor

Para la clasificación nutricional, y por consiguiente la valoración del estado nutricional se usaron los parámetros: Peso para la Talla (P/T) y Talla para la Edad (T/E), porque permiten discriminar entre diferentes procesos fisiológicos y biológicos. Peso para la Edad (P/E) no discrimina entre niños altos y delgados. Para el procedimiento de recolección se realizo una revisión de expedientes, de niños menores de 10 años de edad, que ingresaron para identificar si cumplen con los objetivos de este proyecto investigativo como son: la presencia de lesiones y/o desnutrición de II o III grado.

Se contó con la ayuda de los médicos pediátricos docentes de la Universidad, quienes aportaron su conocimiento en la ejecución de este proyecto.

## **7.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

La tabulación y el análisis estadístico de la información se realizo siguiendo el proceso siguiente:

Se tabulo extrayendo la información ordenándola en cuadro simple y doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje. Posteriormente, se procedió a graficarla, una vez tabulada la encuesta, todo lo que servirá para llevar los resultados a analizar e interpretación de los mismos.

Para el análisis de los datos se seguirá los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recomienda el uso de las puntuaciones Z. Los puntos de Z son útiles asumiendo que con la propiedad estadística de estar normalmente distribuidos, permite usar una media y desviación estándar de la población. Los puntos de corte usados para identificar estados nutricionales alterados se fijan en términos de Desviaciones Estándar (DE) bajo y sobre la media, siendo -2DE para desnutrición y +2DE para obesidad

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que pudimos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así se demostró la validez o invalidez de estas. Al final se formularon las conclusiones y sugerencias para mejorar la problemática investigada.

## 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Ley 23 de 1981 "Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica", en su artículo 34, define la historia clínica como el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado que por ende será sometido a reserva, y con previa autorización del Jefe de planeación del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA según como corresponde legalmente. Y por las políticas que se manejan a nivel intrahospitalario, se tendrá acceso a las historias previamente enumeradas (anexo 1 y 2) con motivo de desarrollar un proyecto investigativo, por lo cual se mantendrá la reserva legal

- Las fuentes de información serán a través de estas las cuales se estudiarán sin perjuicio de la confidencialidad de los datos de las historias clínicas ni en perjuicio del derecho de los profesionales que han participado en su elaboración (anotaciones subjetivas o datos proporcionados por terceras personas) y velar porque se cumpla en todo momento con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal

- Es de resaltar que la Historia Clínica se encuentra caracterizada por los principios de la responsabilidad, seguridad, accesibilidad y confidencialidad los cuales serán respetados durante el desarrollo del proyecto investigativo

- La historia clínica al tener carácter reservado, nos corresponde por lo tanto salvaguardarla contra la revelación de la información a personas no autorizadas con excepción de los casos que cite la ley.

- La historia clínica solo será manipulada por los miembros del equipo de investigación, en los resultados se omitirán los datos de identificación del paciente con el fin de salvaguardar la identidad, diagnóstico y la reputación de los distintos pacientes que hacen parte del estudio para lo cual: Se conservaran bajo llave los datos de identificación con los datos generales correspondientes, no se guardaran datos de identificación en archivos computarizados, destruir los datos de identificación tan pronto como sea posible.

- Se informaran los resultados en forma general y si se refiere a un participante específico se tomaran las medidas necesarias para no revelar sus datos de identificación.

## 9. ANALISIS DE RESULTADOS

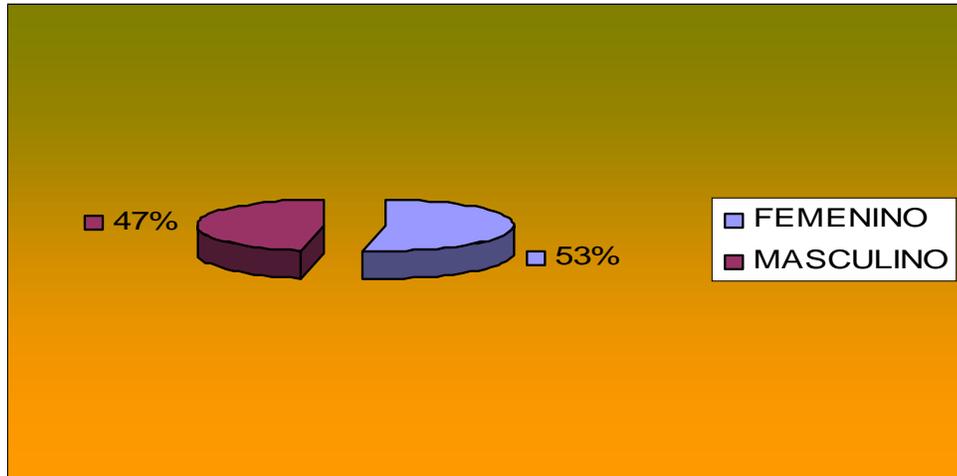
Para la realización de este trabajo se tomaron 80 historias clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados por diagnóstico de desnutrición grado II y III como criterio de inclusión de las cuales solo se usaron para el estudio 66 historias clínicas dado que:

- Una no correspondía con un serial de historia clínica a pesar de que en el libro de ingresos y egresos del piso pertenecía a uno de los pacientes con criterio de inclusión para el estudio.
- Nueve historias clínicas no aparecieron en el archivo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.
- Cuatro historias clínicas no correspondían a pacientes pediátricos si no del servicio de ginecoobstetricia

Para un total de 14 historias clínicas que fueron excluidas del estudio.

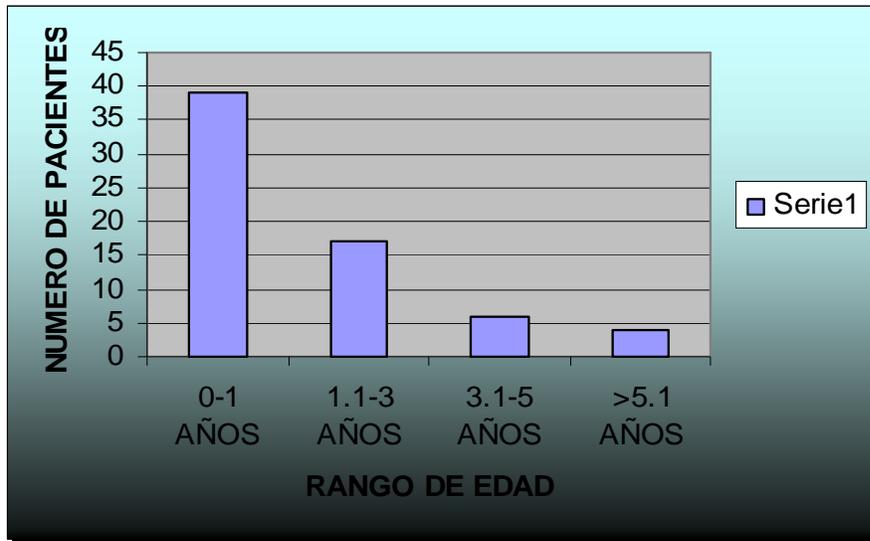
Con los datos que se obtuvieron a través de cada una de las historias clínicas se lograron los siguientes resultados:

**Gráfica 1.** Distribución por género de niños que ingresaron con diagnóstico de desnutrición grado II y III al servicio de pediatría del HUHMP 2005-2007.



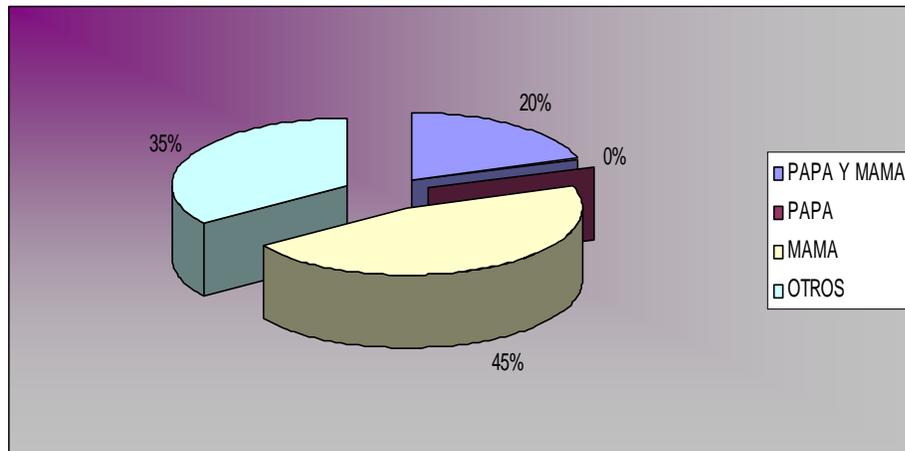
El estudio reveló que la distribución por género de los casos estudiados es un poco más de la mitad (53%) femenina, lo que nos representa a menor escala con relación a la epidemiología nacional que las niñas son las que más padecen esta patología. (Ver gráfico 1).

**Grafica 2.** Población pediátrica mas afectada por rango de edades que ingresaron con diagnostico de desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.

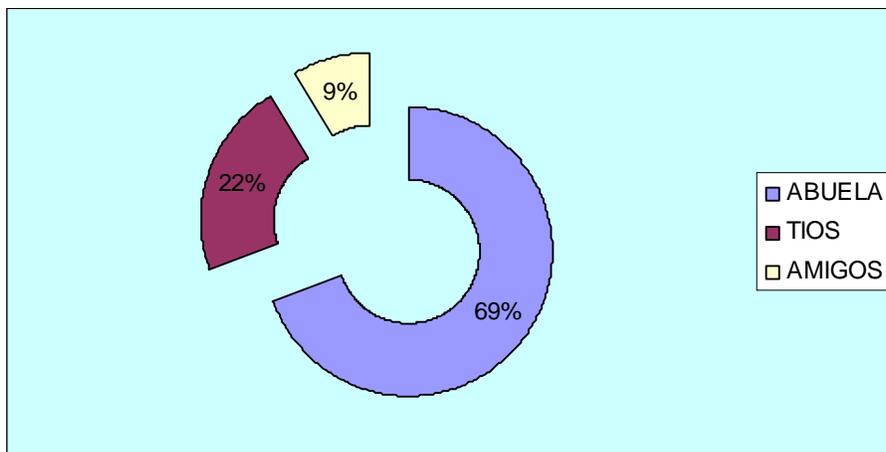


La población pediátrica mas afectada por rango de edad en un 59% corresponde a pacientes que oscilan entre 0 y un año de edad, este resultado se relaciona con el hecho de que es una población susceptible y dependiente al 100% del sistema cuidador del niño motivo por el que son de mayor vulnerabilidad a la hora de presentar desnutrición infantil. (Ver grafico 2).

**Grafica 3.** Personas responsables del niño con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



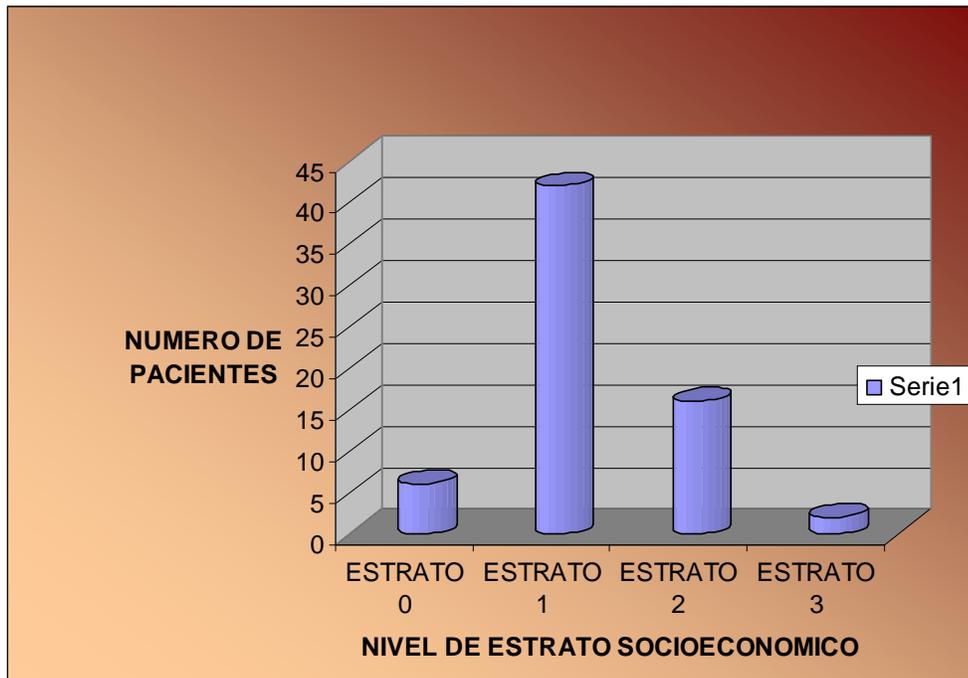
**Grafica 4.** Otro sistema cuidador.



Dentro del contexto sociofamiliar del niño se encontró que el 45% corresponde a familias monoparentales maternas y cabezas de hogar

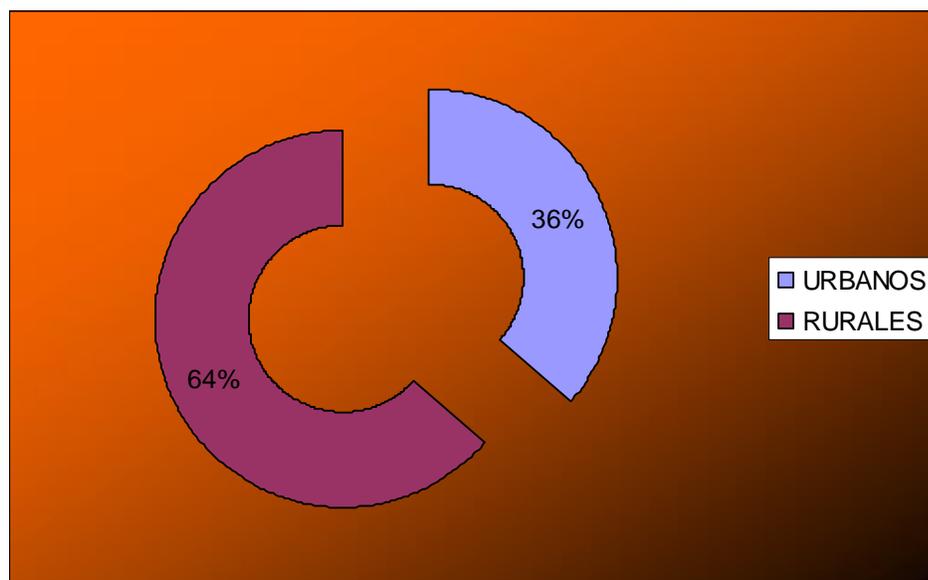
situaciones que generan pocas posibilidades económicas, escasas oportunidades laborales y académicas, poco tiempo para compartir con sus hijos, conflictos afectivos, económicos, sociales y comunicativos que producen al interior de la familia: desunión, agresividad, maltrato físico-emocional, desnutrición, todo esto se resume en sobrecarga de funciones en la madre lo que limita el tiempo en el cuidado del menor. Seguido de un 35% en el sistema cuidador del menor por otros integrantes de la familia siendo las abuelas las encargadas del cuidado del infante en un 69%, no se encontró ningún menor al cuidado total de la figura paterna y solo el 13% de los menores están a cargo de papá y mamá. (Ver grafico 3 y 4).

**Grafica 5.** Nivel socioeconómico de las familias de los pacientes con diagnóstico de desnutridos grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría de HUHMP 2005-2007.



La tasa de desnutrición es mucho más alta en una proporción del 60% entre los niños con estrato socioeconómico 1 que entre los estratos 0, 2 y 3 siendo de menor frecuencia la incidencia de desnutrición en el estrato 3. Lo que nos indica que la situación socioeconómica en estas familias es un factor fundamental y predisponente para la aparición de enfermedades en el niño debido a la carencia de una adecuada dieta balanceada y de servicios de saneamiento básico. (Ver grafico 5).

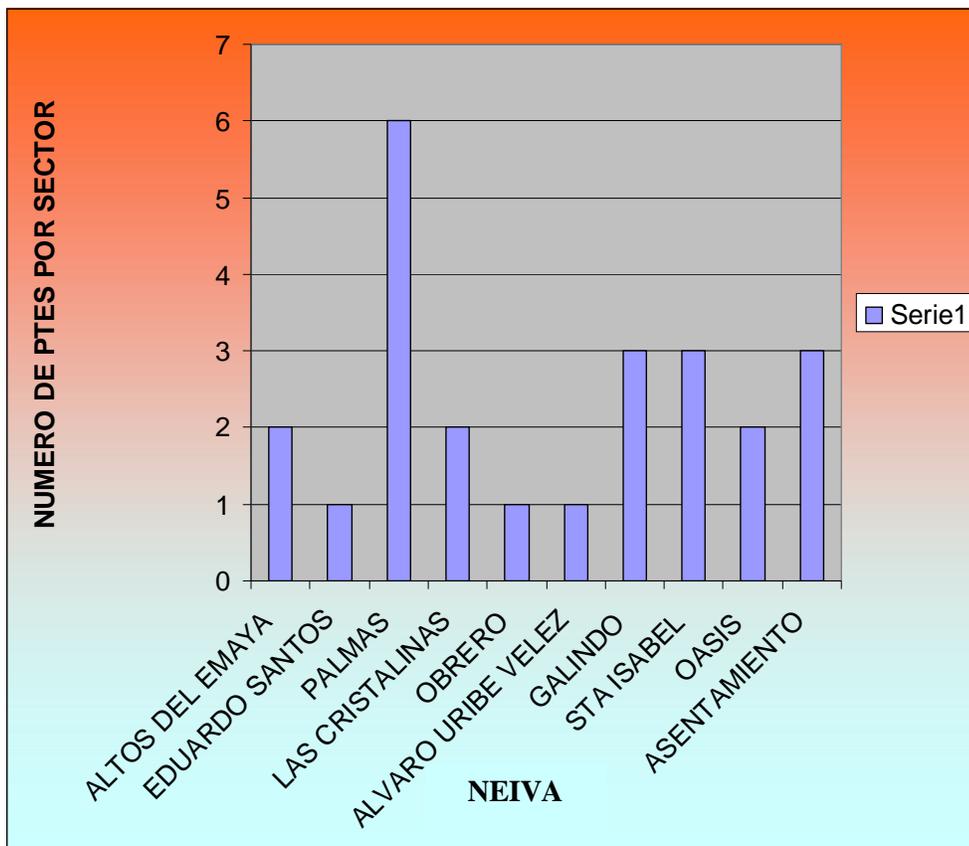
**Grafica 6.** Área de procedencia de las familias de los pacientes con diagnostico de desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



Las familias de los pacientes seleccionados en nuestro estudio investigativo provienen mas de la mitad del área rural, lo que corroboraría los escasos recursos económicos que poseen la mayoría de estas familias y las dificultades que afrontan los padres y cuidadores para el

mantenimiento adecuado de los niños y que contribuiría para que se presentara mas casos de desnutrición y maltrato. (Ver grafico 6).

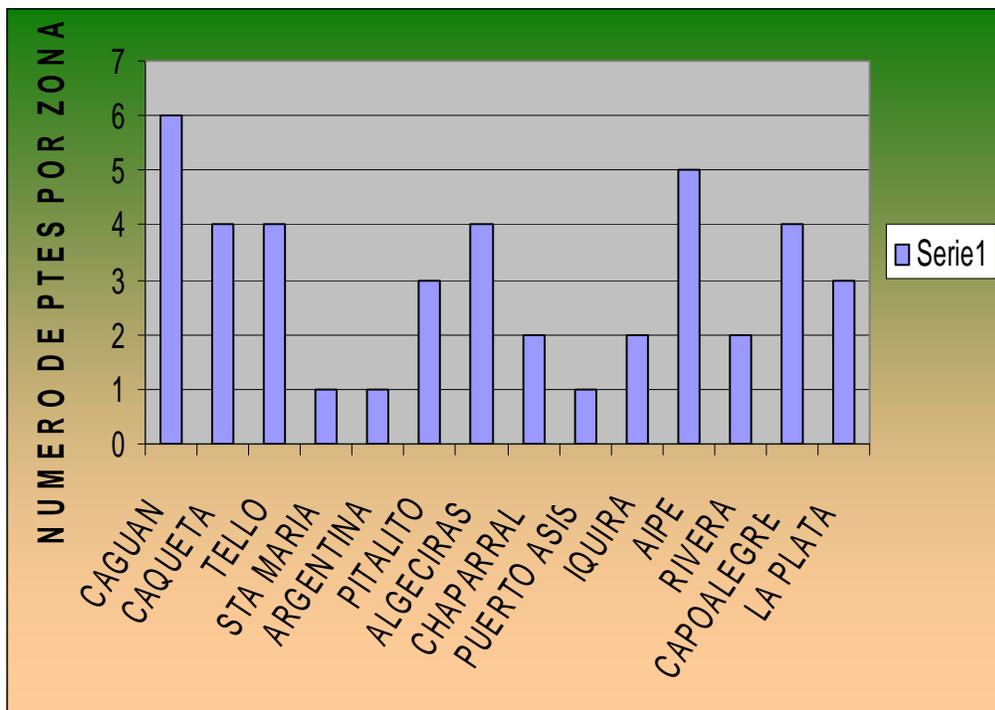
**Grafica 7.** Áreas de procedencia urbana de las familias de los pacientes que ingresaron con diagnostico de desnutrición grado II y III al servicio de pediatría del HUHMP 2005-2007.



Dentro de los hogares que proceden del área urbana constituye un 36% del total de las familias consultadas en nuestro proyecto, donde el 25% provienen del Barrio Las Palmas, considerándose una ventaja en cuanto a la atención mas oportuna y rápida de los niños ya que este barrio cuenta

con su propio centro de salud, brindando un apoyo y atención temprana a los niños que padecen de desnutrición y probable signos de maltrato por negligencia de los padres al no querer dar una adecuada alimentación a sus hijos. (Ver grafico 7).

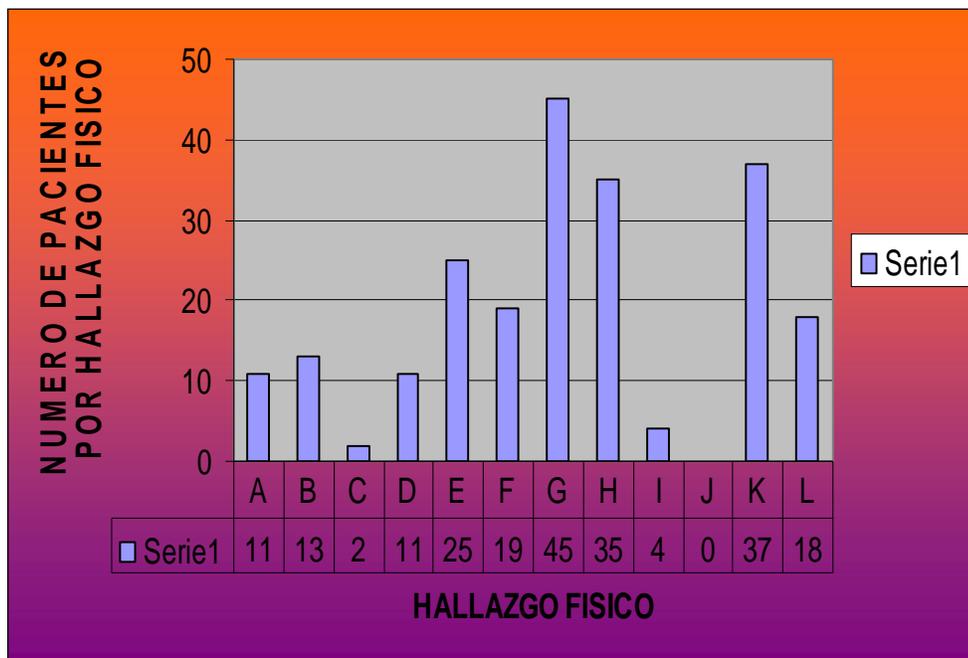
**Grafica 8.** Áreas de procedencia rural de las familias de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de desnutrición grado II y III al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



Dentro de las áreas de procedencia los casos diagnosticados de desnutrición son mayores en la zona rural correspondiendo a un 64% siendo el Caguan la zona de mayor procedencia de pacientes pediátricos diagnosticados al ingreso con desnutrición moderada y severa en el

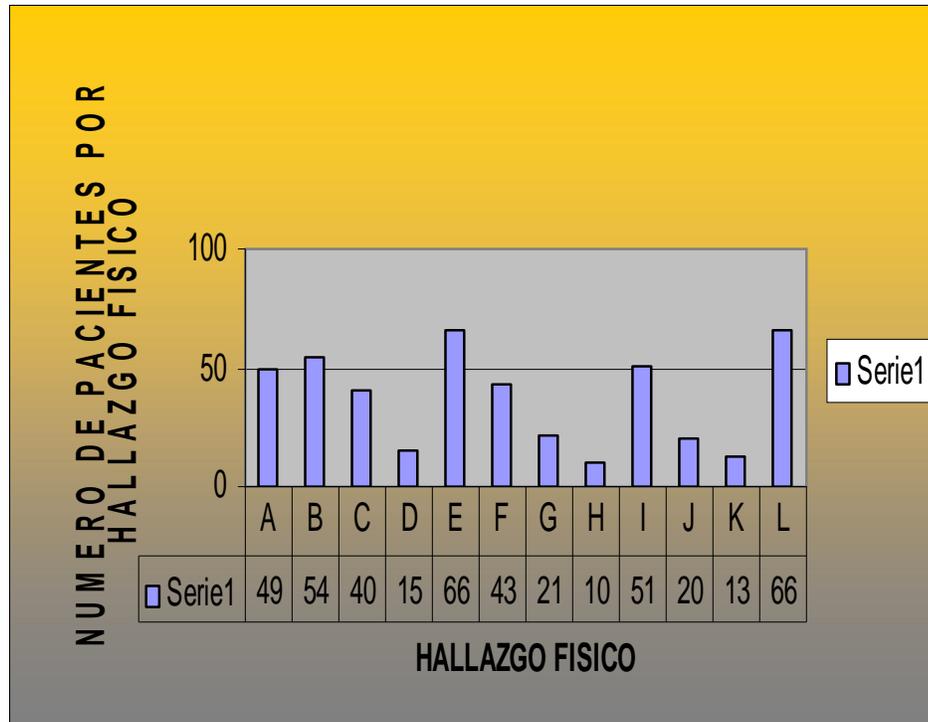
periodo de tiempo comprendido del 1 enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007. (Ver grafico 8).

**Grafica 9.** Hallazgos físicos presuntivos de maltrato infantil de los pacientes con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



Dentro del análisis de los signos físicos encontramos que el 100% de la población estudiada tienen más de un signo físico presuntivo de maltrato infantil siendo el hallazgo físico de mayor incidencia el llanto frecuente y la hipoactividad junto con la tristeza e higiene inadecuada que le brinda sus padres a sus hijos debido a la carencia de cuidados y afecto de los progenitores hacia sus hijos. (Ver grafico 9).

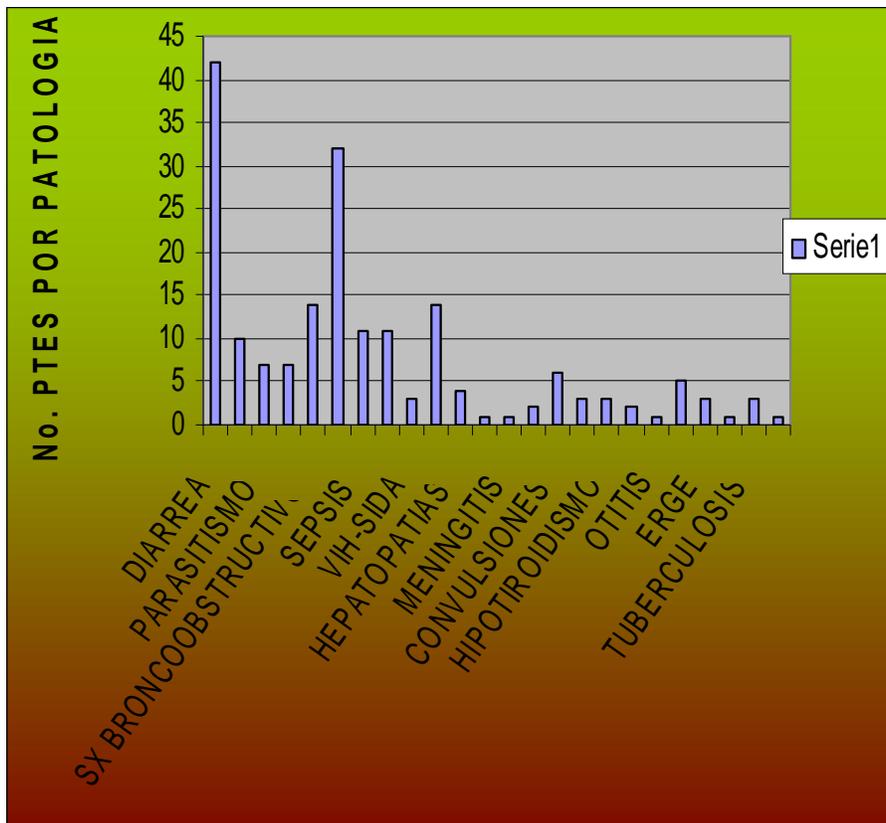
**Grafica 10.** Hallazgos físicos presuntivos de desnutrición durante el examen físico que fueron determinantes para hacer diagnóstico de desnutrición II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



La desnutrición infantil es ocasionada por múltiples factores y esta a su vez se manifiesta con diversidad de sintomatología, en nuestro estudio consideramos un ítem entre los hallazgos presuntivos de desnutrición donde se encuentra todas las patologías asociadas a la desnutrición como son, pañalitis, diarrea etc., que contribuirían a la aparición y severidad de la desnutrición; este conjunto de patologías fue el hallazgo físico mas prevalente encontrado en los pacientes pediátricos considerándose este rasgo como contribuyente a la aparición del déficit nutricional. Entre otros hallazgos físicos encontrados en más del 50% de

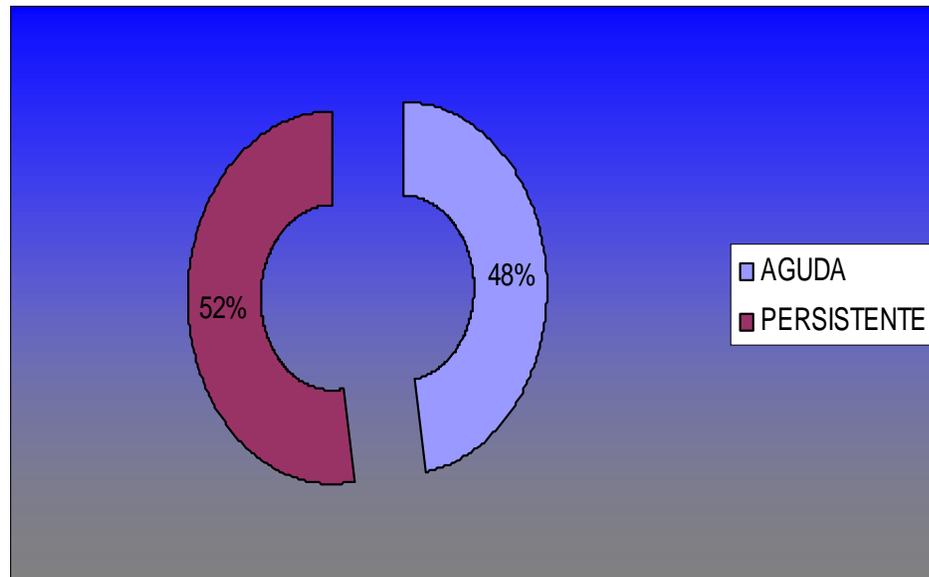
los pacientes fue la debilidad muscular, irritabilidad, fatiga, anemia y retardo psicomotor. (Ver grafico 10).

**Grafica 11.** Patologías asociadas de los pacientes con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



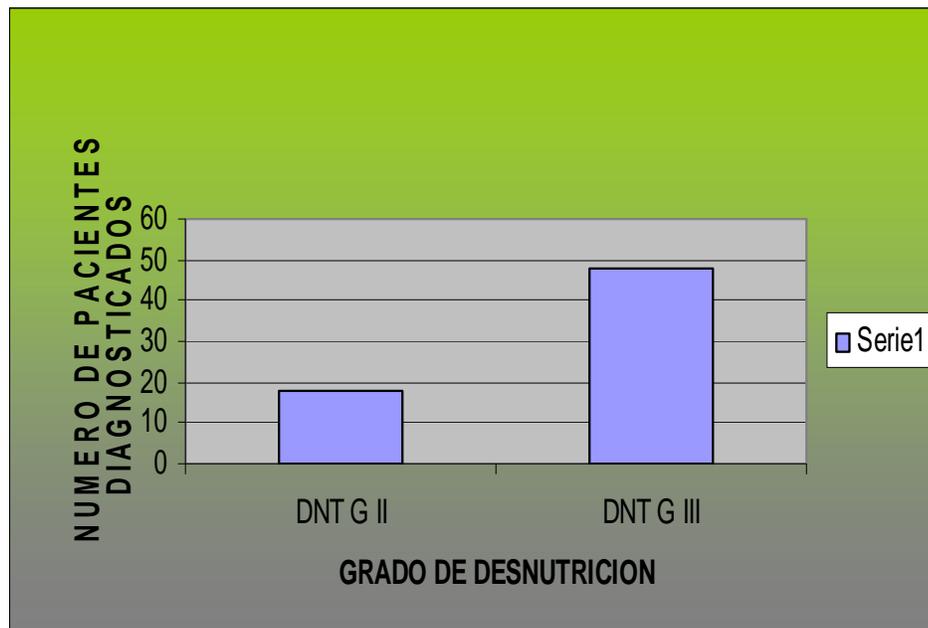
Dentro del complejo grupo de patologías asociadas se encontró que en la población pediátrica la enfermedad diarreica aguda fue la de mayor frecuencia presentándose en un 63% contribuyendo de esta manera en el mantenimiento y progresión del síndrome de desnutrición y deshidratación. (Ver grafico 11).

**Grafica 12.** Tipo de diarrea según su duración presentada en los pacientes con desnutrición grado II y III que ingresaron al servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



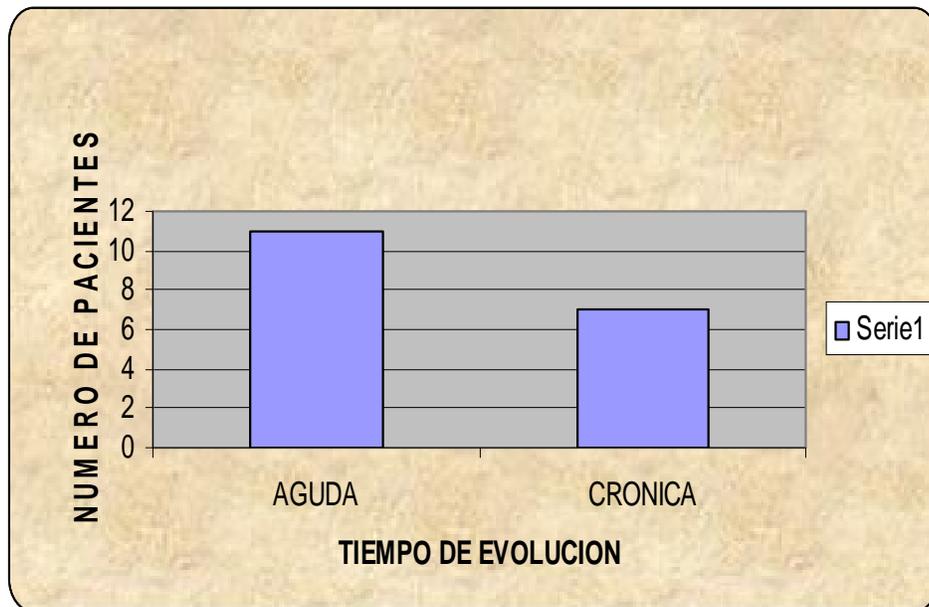
Del tipo de diarrea que se identificó en la población pediátrica el 52% fue persistente y el 48% fue de carácter agudo, lo que contribuiría a la rápida progresión de la desnutrición y a la severidad del cuadro clínico. La presencia de diarrea en la mayoría de los niños también nos revelaría las malas condiciones de sanidad y desprotección que viven los infantes, ya que evidenciaría que los padres no realizan la cocción adecuada de los alimentos y el manejo adecuado potable del agua para el consumo. (Ver gráfico 12).

**Grafica 13.** Número de pacientes con diagnostico de desnutrición grado II y III presentados en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



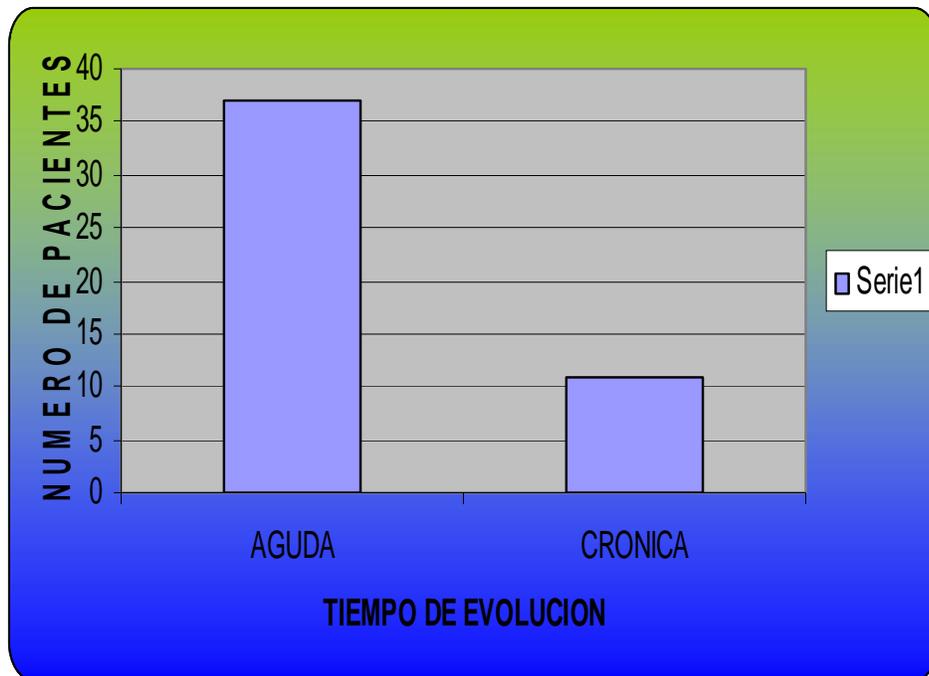
Los pacientes identificados con desnutrición grado II corresponde al 27% de la población estudiada en contraste con la desnutrición grado III cuya incidencia fue mayor siendo del 73% lo que permite analizar que nuestra población pediátrica es llevada tardíamente para ser manejada por los centros hospitalarios y de mas entes similares para el correcto tratamiento, ya sea de la patología causante de la desnutrición, o por el manejo negligente del sistema cuidador. (Ver grafico 13).

**Grafica 14.** Pacientes con desnutrición grado II clasificados según tiempo de evolución en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



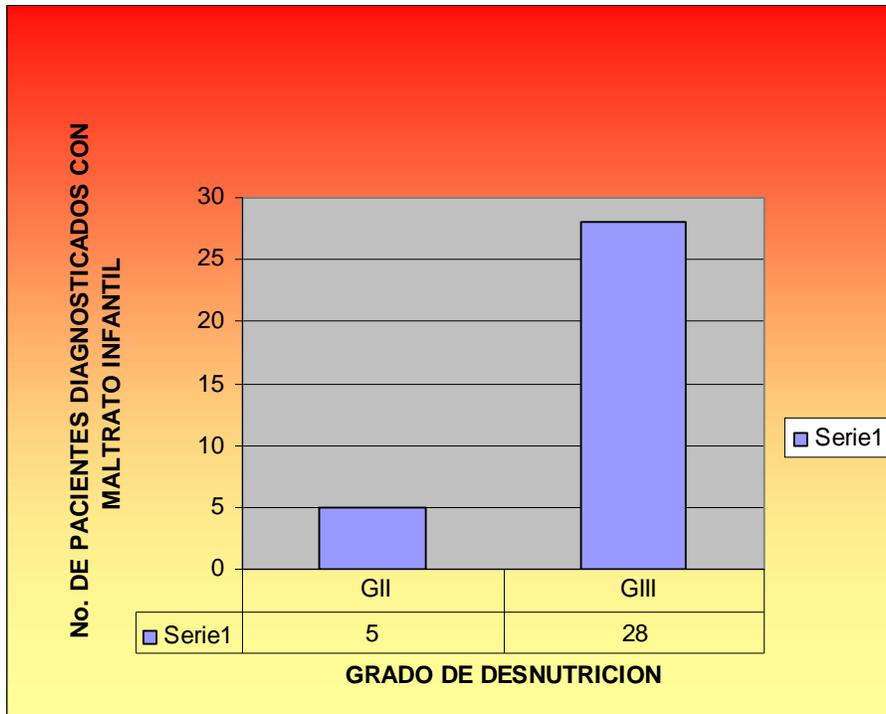
Según el tiempo de evolución el 61% de los pacientes que consultaron al servicio de pediatría tenían diagnóstico de desnutrición grado II aguda en contraste con la crónica que solo fue determinada en el 38% de los pacientes, indicándonos que a pesar de que los cuidadores de los pacientes consultan de manera tardía hasta dejar que aparezcan cuadros de desnutrición moderada y severa, esta entidad no alcanza a evolucionar hasta desarrollar serias complicaciones, sino que afortunadamente consulta a tiempo para que el cuadro clínico se considere reversible. (Ver grafico 14).

**Grafica 15.** Pacientes con desnutrición grado III clasificados según tiempo de evolución en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



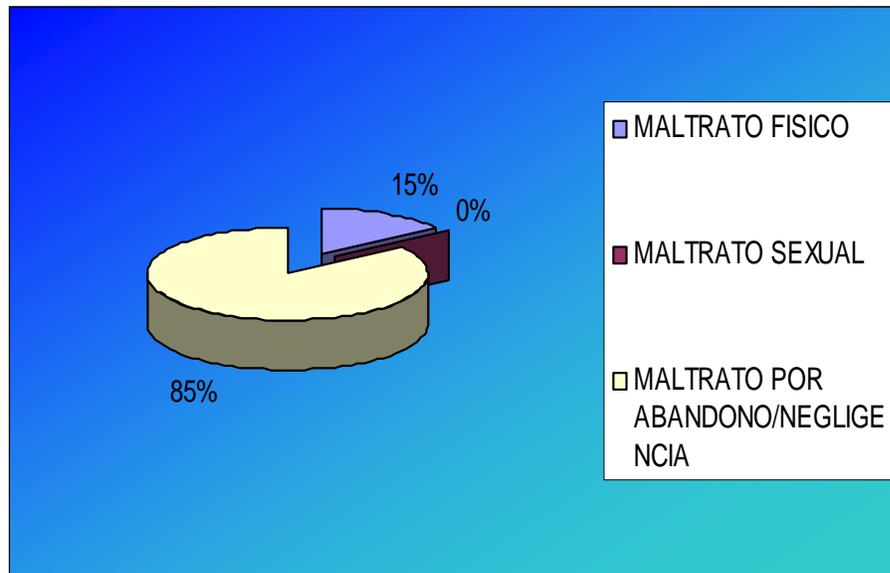
Según el tiempo de evolución el 78% de los pacientes que consultaron al servicio de pediatría tenían diagnóstico de desnutrición grado III aguda en contraste con la crónica que solo fue determinada en el 22% de los pacientes, demostrándonos que el 72% del total de los pacientes diagnosticados con algún grado de desnutrición consultan de una manera tardía y por lo tanto, el cuadro clínico progresaba a estadios severos haciendo el tratamiento de difícil y lento manejo. (Ver grafico 15).

**Grafica 16.** Identificación de niños maltratados a partir de la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



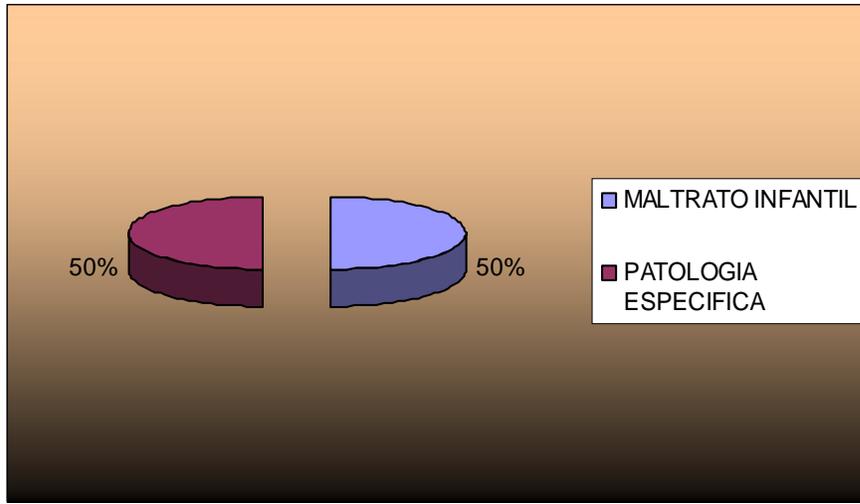
Del total de los pacientes con diagnóstico de desnutrición grado II y grado III, se determinó que el 15% de los pacientes con diagnóstico de desnutrición grado II presentaba signos de maltrato infantil, por lo contrario, esta cifra se incrementó en los pacientes con desnutrición severa (grado III) identificándose que el 85% presentaba signos de maltrato, esto nos demostraría que la severidad de la desnutrición está íntimamente ligada en más del 50% al maltrato infantil considerándose la desnutrición como factor de riesgo y evidencia real de maltrato hacia el infante. (Ver gráfico 16).

**Grafica 17.** Tipo de maltrato infantil identificado en la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



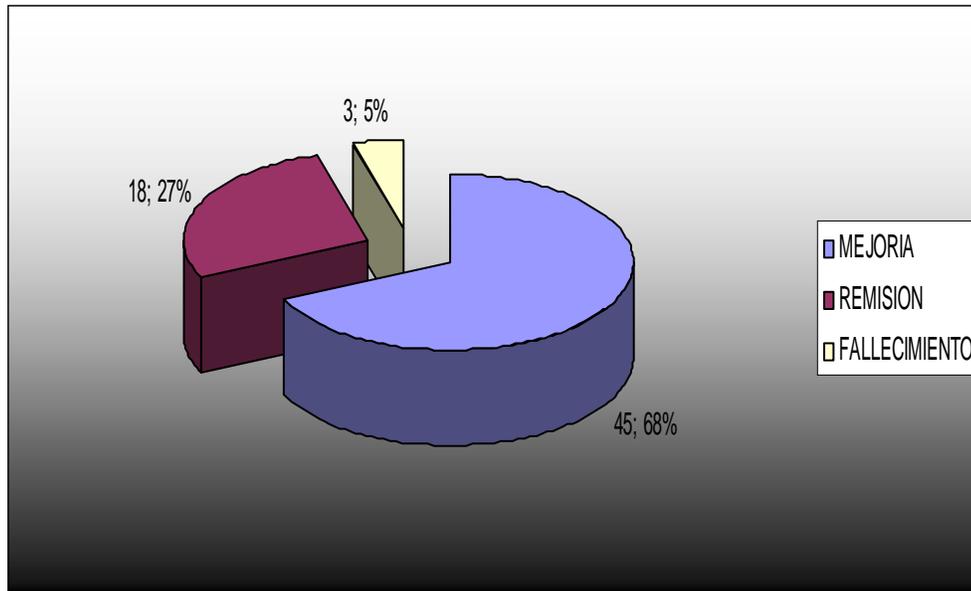
Dentro de la identificación de pacientes con maltrato infantil diagnosticados con desnutrición grado II y III la mayor incidencia según el tipo de maltrato correspondió al maltrato por abandono/negligencia en el 85% de la población estudiada; este maltrato supone la no atención de las necesidades básicas del niño, como podría ser: alimentación, higiene, seguridad física, aprendizaje del lenguaje y desarrollo de la locomoción, entre otros, sino también como la causa principal de desnutrición en estos niños y consecuentemente a este evento compromiso de su sistema inmune y por ende la aparición de patologías asociadas. El 15% de la población pediátrica se identificó con maltrato físico en el 15% y no se encontró ningún hallazgo presuntivo de maltrato sexual en ninguno de los pacientes del estudio (Ver gráfico 17).

**Grafica 18.** Causas de desnutrición identificadas en la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



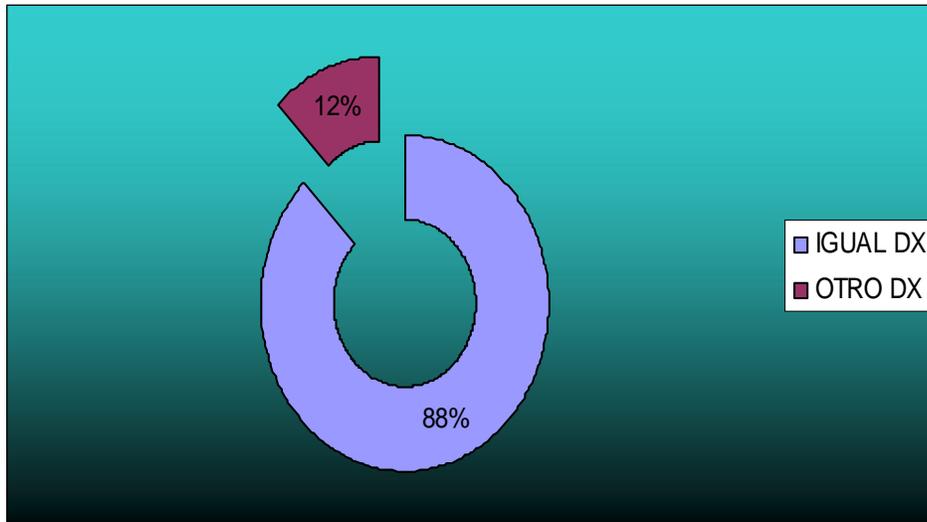
Las causas de desnutrición en nuestro estudio estuvieron ligadas en un 50% al maltrato infantil en sus variedades de maltrato físico y por abandono/negligencia y el 50% restante correspondiente a la presencia de una patología de base que impedía la correcta asimilación de nutrientes en el paciente pediátrico. Por lo que nos evidenciaría que la aparición de cuadros de desnutrición en el infante puede estar causada por carencia de cuidados de los padres constituyéndose así en un tipo de maltrato por negligencia de los progenitores hacia sus hijos. (Ver grafico 18).

**Grafica 19.** Motivo de egreso de la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP2005-2007.



Dentro de los motivos de egreso la mejoría estuvo presente en el 46% de la población encontrada principalmente con desnutrición grado II y III asociadas a patologías con baja morbilidad y de rápida resolución, un 18.3% con remisión del paciente a instituciones especializadas para realizar un tratamiento mas específico y el 3.5% de los casos se presentaron por fallecimiento de los pacientes los cuales se asociaron a falla ventilatoria. (Ver grafico 19).

**Grafica 20.** Antecedentes hospitalarios de la población pediátrica diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría HUHMP 2005-2007.



El 88% de la población pediátrica presentaba antecedentes compatibles al diagnóstico de ingreso, a diferencia del 12% quienes consultaron por primera vez o por remisiones del primero o segundo nivel para un manejo más complejo y completo, lo que demostraría que la mayor parte de la población pediátrica que ingresa con diagnóstico de desnutrición ha presentado hospitalizaciones previas relacionadas con esta entidad evidenciando que la desnutrición es un tipo de maltrato frecuente y recurrente dado por los cuidadores a los infantes. (Ver gráfico 20).

## 10. DISCUSION

Es importante señalar que el problema de la desnutrición afecta a todos los estratos de la sociedad, pero especialmente a los sectores más deprimidos en donde se presenta como una situación crónica y como uno de los contribuyentes principales a la mortalidad infantil, además de considerarla como factores predisponentes a la aparición de maltrato infantil; estas características se evidenciaron en nuestro proyecto investigativo el cual la población mas vulnerable era la de estrato socioeconómico bajo proveniente de las zonas rurales del departamento del Huila.

Así mismo, a nivel mundial según la OMS, la desnutrición presenta una tasa de mortalidad alta ya que esta entidad hace que algunas enfermedades infantiles, que en condiciones normales no son graves, se compliquen: casos tales como la desnutrición grave de proteínas y calorías, también se debe mencionar la anemia ferropénica y la deficiencia de vitaminas y minerales; en el caso de nuestro estudio, se presento una proporción baja de mortalidad (3.5%) sin embargo el 100% de los pacientes pediátricos presentaban patologías asociadas que contribuirían en la severidad y pronóstico de esta entidad clínica, por lo que se puede deducir que las condiciones ambientales y nutricionales son inseparables.

El estudio realizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva-Huila para la identificación de niños maltratados entre las edades de 0 a 10 años en la población diagnosticada al ingreso con desnutrición grado II y III en el servicio de pediatría en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2005 al 31 de

diciembre de 2007 revela que el diagnóstico de desnutrición es una puerta de entrada para analizar el contexto biopsicosocial del menor y establecer no solamente las causas orgánicas de esta patología sino también un componente importante y obviado por muchos médicos y personal encargado de la salud como lo es el maltrato infantil que se ha vinculado en nuestro estudio como el responsable del 50% de las causas de desnutrición con una mayor incidencia en la población pediátrica femenina y en un rango de edades que oscila entre 0 y 1 año de edad cuyas personas responsables de su cuidado han sido exclusivamente sus madres y en segunda instancia por un sistema cuidador del tipo familiar encontrándose en su mayoría las abuelas y en segunda instancia los tíos, esta población vulnerable se ha identificado en las comunidades cuyo contexto socioeconómico se ha restringido a los estratos bajos y procedentes de las áreas rurales; en la población estudiada el 100% de los pacientes analizados presentaron más de 2 hallazgos presuntivos tanto de maltrato infantil como de desnutrición como también en la totalidad de los infantes presentaban patologías asociadas de las cuales 42 pacientes presentaron diarrea siendo más frecuente la de duración persistente, la proporción de pacientes con diagnóstico de desnutrición grado III corresponde casi a las 2/3 partes de quienes fueron diagnosticados con desnutrición grado II e identificados, 28 y 5 pacientes respectivamente con maltrato infantil siendo el maltrato por abandono/negligencia la clase más frecuente seguido del maltrato físico. En esta población de 66 pacientes la mayoría constituyó el 46% de los motivos de egreso y no obstante el 88% refirió antecedente hospitalario por igual diagnóstico de ingreso, de esta manera podemos ver que a pequeña escala somos una representación de lo que a nivel nacional y a nivel mundial se presenta en lo que respecta al síndrome de desnutrición y las causas que conllevan a su inicio y progresión.

Finalmente, se debe decir que los resultados de este trabajo concuerdan con los estudios similares realizados, y podemos considerar que la aparición de la desnutrición está íntimamente ligada a que una de sus causales sea el maltrato por negligencia u omisión de cuidado por parte del sistema cuidador a los infantes, ya que en nuestro estudio se evidenció que el 50% de los pacientes pediátricos diagnosticados con desnutrición grado II y III era causado por este tipo de maltrato infantil.

Por consiguiente, debemos reflexionar ya que la desnutrición infantil se presenta a nuestros ojos como una problemática mundial en ascenso que lamentablemente compromete la vida en cuanto a la salud, el desarrollo físico y el desarrollo mental de una población tan joven como lo es la de los niños, ofreciéndoles un futuro con pocas esperanzas de aprendizaje y limitadas posibilidades de desarrollo y productividad.

Se puede entonces considerar a la desnutrición como resultado final del subdesarrollo, en donde el niño sufre el mayor impacto por depender de terceros para su cuidado y crecimiento. Por esto, la desnutrición infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones.

## 11. CONCLUSIONES

- La Identificación de los niños maltratados entre las edades de 0 a 10 años en la población diagnosticada al ingreso con Desnutrición Grado II y III que estuvieron hospitalizados en piso en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre el periodo comprendido del 01 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007 fue de 33 pacientes correspondiendo al 50% de la población estudiada.
- Se estableció que la causa de desnutrición en el Hospital Universitario de Neiva entre las edades de 0 a 10 años corresponde al maltrato infantil en el 50% siendo la variable mas frecuente de maltrato infantil el abandono/ negligencia en un 85% de la población estudiada.
- Se estableció el motivo de egreso (mejoría, fallecimiento, remisión) de los pacientes con desnutrición grado II y III, siendo la mejoría el resultado del manejo intrahospitalario en el 46% de los infantes hospitalizados en el servicio de pediatría.
- Los antecedentes hospitalarios por el mismo motivo de consulta actual de desnutrición asociado al maltrato infantil se presento en el 88% de los menores con tal diagnostico.
- Se determino que los signos mas frecuentes de maltrato según sus hallazgos clínicas presuntivos corresponden de mayor a menor frecuencia

el llanto frecuente, hipoactividad, tristeza higiene inadecuada y el no dialogo espontáneo así como los que se citan en el grafico No. 10.

- Se identificaron dentro de las características sociodemográficas de la población que presenta mayor incidencia de desnutrición y maltrato simultáneamente el área rural, el estrato 1 y la familia monoparental materna.
- Se estableció que la población infantil que ingreso con diagnostico de desnutrición G II y III correspondió a 18 y 48 pacientes respectivamente.

## 12. RECOMENDACIONES

- Incentivar en la población médica y hospitalaria la creación de protocolos de manejo en caso de niños con desnutrición cuya causa haya sido el maltrato infantil impartido por el sistema cuidador.
- Brindar asesoría o charlas educativas a los padres de familia acerca del cuidado y el amor que deben brindar a sus hijos para una adecuada crianza y desarrollo psicomotor adecuado durante el crecimiento del niño.
- Educar mediante sesiones educativas al personal hospitalario para que identifiquen los probables casos de desnutrición donde este relacionado el maltrato y falta de cuidados de los padres, y de esta manera el personal de salud denuncie estos casos disminuyendo los niños maltratados y violados en sus derechos.
- Mediante la realización de este trabajo investigativo sirva como base para impulsar a otros compañeros para que profundicen sobre la problemática de la desnutrición en el Huila que cada día van en aumento los casos de niños cuyos padres maltratan por medio de la negligencia y omisión de cuidados como se evidencia en nuestro proyecto.
- Estimular para que las diferentes organizaciones gubernamentales realicen estadísticas e informes investigativos sobre la problemática de la desnutrición y el maltrato en los distintos municipios de nuestro

departamento y que estos a su vez pongan en practica programas para la disminución y erradicación de esta problemática.

- Difundir en los diferentes medios de comunicación acerca de la problemática de la desnutrición y su relación con el maltrato infantil para crear conciencia en la población y en las distintas instituciones gubernamentales y así tratar de disminuir los casos y prevenir el maltrato al menor.

## BIBLIOGRAFIA

AGUILAR AM. Maltrato a menores. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992: Pág. 192-200.

Boletín Medico del Hospital Infantil de Mexico, [http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S166511462001000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=S166511462001000300009&script=sci_arttext).

DROEGEMUELLER W, KEMPE HC, SILVER HK ,SILVERMAN NF, STEELE BF, ,. The battered-child syndrome. JAMA 1962; pag. 181:105-112.

FONCERRADA-MORENO M. El niño víctima de maltrato. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 1982;20 :pag. 457-469.

GAITA José Javier , MURCIA JARAMILLO Carlos .EL NIÑO MALTRATADO EN TLAXCALA: ESTUDIO DE CASOS Vol.34 No.6 --, [www.insp.mx/salud/34/346-4s.html](http://www.insp.mx/salud/34/346-4s.html).

Heridas que no Sanan, Maltrato Infantil, [www.sek.cl/Biblioteca/Premio%20SEK%20Internacional%202005%20%20Heridas%20que%20no%20sanan%20-%20Maria%20...](http://www.sek.cl/Biblioteca/Premio%20SEK%20Internacional%202005%20%20Heridas%20que%20no%20sanan%20-%20Maria%20...)

HERRERA-BASTO Emilio SÁNCHEZ-AHEDO Roberto, M.C., SANTANA-TAVIRA Rosalinda, M.C.,(1) M. en E.M.,.El maltrato infantil: un problema mundial, , M.C, [www.insp.mx/salud/40/401-9.html](http://www.insp.mx/salud/40/401-9.html).

INZUNZA BRITO Nelida, GLOOR CASTRO Verónica, LEIVA PLAZA Boris, TORREJÓN PÉREZ Hernán,. "Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición, en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar." 1999, Pág. 278-350

MARTÍNEZ MM, REYES RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; Pág. 50:557-563.

MURCIA Antonio, SALAZAR MEDINA Carlos, VARGAS Carol,. Desnutrición infantil .Antecedentes del Problema, Hemeroteca Universidad Surcolombiana, Trabajos de Grado e Investigativos.1997. Pág. 10-14.

OSORIO CA. El niño maltratado. 2a. edición. México, D.F.: Trillas, 1995. pag 2450-2500.

TORREGOSA FL. El niño maltratado. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992; Pág. :55-74.

# **ANEXOS**

**Anexo A.**



Neiva, 1 Abril de 2008

Señor:

**HECTOR HERNAN SANCHEZ ORTIGOZA**

JEFE DE PLANEACIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA

Cordial saludo,

Comedidamente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar la autorización del acceso a las historias clínicas descritas en el listado que adjunto a continuación, la cual corresponde a pacientes que fueron atendidos en el servicio de Pediatría, en el 3 piso del Hospital Universitario de Neiva.

La finalidad de la solicitud es la de realizar un trabajo de investigación, que consiste en identificar los niños maltratados que ingresan al servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Neiva con diagnóstico al ingreso de Desnutrición durante los años 2005 al 2008. El proyecto de investigación es desarrollado por el grupo de estudiantes de décimo semestre de medicina conformado por: Ingrid Lorena Rivera Gaitán, Laura Lorena Cuenca Castrillón, Diana Carolina Velásquez, Silvia Tatiana González. Como constancia de la realización del proyecto se dejara copia de la Investigación al Hospital Universitario de Neiva.

Agradezco de antemano la colaboración prestada.

Cordialmente,

---

GILBERTO ASTAIZA

Coordinador de la Asignatura de Investigación  
Facultad de Medicina

---

INGRID LORENA RIVERA GAITAN  
Estudiante 10 Semestre Medicina  
Medicina

---

SILVIA TATIANA GONZALEZ  
Estudiante 10 Semestre

---

DIANA CAROLINA VELASQUEZ  
Estudiante 10 Semestre Medicina  
Medicina

---

LAURA L. CUENCA CASTRILLÓN  
Estudiante 10 Semestre

**Anexo B.**



**HISTORIAS CLINICAS SELECCIONADAS**

419977	402599	404497	438188	393473	403942
385308	420304	435537	421107	322691	353439
417596	421377	437173	442369	358330	408720
421543	427128	437935	440794	394238	412191
417591	386816	438188	445985	392797	414516
381716	429729	438371	446162	394192	417702
168759	431387	438762	341207	332134	363940
424588	394634	419299	447322	399961	360604
424730	432598	438938	445392	402599	362526
365719	367156	329309	370583	373983	357567
375184	377313	366335	376466	239411	380947
386399	382247	387991	371924	373328	392202
402056	393014	439388	404496	42484	419273
386822	T3K0252938				

## Anexo C.



## FORMATO DE EXTRACCION DE INFORMACION

Nombre del niño					
Género: F ___ M ___	Edad : 0 – 1 año ___ 1 – 3años ___ 3 – 5 años ___				
Nombre del padre					
Nombre de la madre					
Persona(s) responsable del niño	papá y mamá ___	papá ___	mamá ___	Otros _____	
Factores de riesgo del contexto familiar		VI ___	D ___	MS ___	PS ___
Servicios públicos	Agua ___	Luz ___	Gas ___	Tel ___	Alcan ___
Nivel educativo de los padres	primaria ___	secund ___	univers ___	técnico ___	ninguno ___
Estrato Socioeconómico	0 ___	1 ___	2 ___	3 ___	
Área de procedencia	rural ___	urbana ___	Barrio		
<b>SIGNOS CLINICOS</b>					
<b>1. Hallazgos físicos presuntivos de maltrato</b>					
Marcas en el cuerpo como hematomas, quemaduras, cortadas, heridas			Si ___	No ___	
Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización			Si ___	No ___	
Fracturas en brazos o piernas			Si ___	No ___	
Dolores de cabeza frecuentes			Si ___	No ___	
Higiene inadecuada			Si ___	No ___	
Retraimiento social se aísla, no comparte con otros niños			Si ___	No ___	
Episodios frecuentes de llanto			Si ___	No ___	
Tristeza			Si ___	No ___	
Comportamientos agresivos hacia otros niños			Si ___	No ___	
Desobediencia			Si ___	No ___	
Hiperactividad o por el contrario pasividad			Si ___	No ___	
No habla espontáneamente			Si ___	No ___	
<b>2. Hallazgos físicos presuntivos de desnutrición</b>					
Fatiga y cansancio			Si ___	No ___	
Irritabilidad			Si ___	No ___	
Retraso psicomotor			Si ___	No ___	
Problemas para dormir			Si ___	No ___	
Disminución de peso			Si ___	No ___	
Anemia			Si ___	No ___	
Aparición de edemas			Si ___	No ___	
Aparición de ascitis			Si ___	No ___	
Debilidad muscular			Si ___	No ___	
Alteraciones de la coagulación sanguínea			Si ___	No ___	
Emaciación			Si ___	No ___	
Patologías asociadas (diarrea, pañalitis, amebiasis, micosis)			Si ___	No ___	
Talla			Peso		
Diagnostico definitivo					
Condición de egreso	mejoría ___		remisión ___	fallecimiento ___	
Antecedentes (hospitalarios, personales relacionados con el motivo de consulta actual)					

## Anexo D.

### PRESUPUESTO

Presupuesto global de la propuesta del proyecto de investigación “identificación de niños maltratados entre las edades de 0 a 10 años en la población diagnosticada al ingreso con desnutrición grado ii y iii en el servicio de pediatría del hospital universitario Hernando Moncaleno Perdomo en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007”

### COSTOS OPERACIONALES

**Tabla. 1** Formato de presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de pesos).

RUBRO	FUENTES				TOTAL
	USCO		OTRAS ENTIDADES		
	DIRECTOS	INDIRECTOS			
PERSONAL	x				9'600,000
EQUIPOS	x				3'770.000
SOFTWARE			x		170,000
MATERIALES Y SUMINISTROS	x				80,000
SALIDAS DE CAMPO	x				810,500
SERVICIOS TECNICOS			x		210,000
BIBLIOGRAFIA	x				1'050,000
ADECUACIONES LOCATIVAS MENORES			x		600,000
VIAJES					0
TOTAL					16'290,500

Las siguientes tablas presentan una descripción y justificación de cada rubro.

**Tabla 2.** Descripción de gastos de personal (en miles de \$).

**Profesores de Tiempo Completo y Medio Tiempo.**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FORMACION ACADEMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN HORAS /SEMANA	COSTO TOTAL DE LA DEDICACIÓN A LA INVESTIGACIÓN	TOTAL AI MES
Diana Carolina Velásquez	Estudiante décimo semestre de medicina	Ejecutor de investigación	10 horas	\$100,000/ semana	\$400,000
Ingrid Lorena Rivera	Estudiante décimo semestre de medicina	Ejecutor de investigación	10 horas	\$100,000/ semana	\$400,000
Laura Lorena Cuenca	Estudiante décimo semestre de medicina	Ejecutor de investigación	10 horas	\$100,000/ semana	\$400,000
Tatiana González	Estudiante décimo semestre de medicina	Ejecutor de investigación	10 horas	\$100,000/ semana	\$400,000

**Tabla 3.** Fuentes de financiamiento.

RECURSOS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO		TOTAL
	USCO	PROPIOS	
<b>HUMANOS</b> ✓ Asesor ✓ Estadístico ✓ Encuestadoras	\$ 2500000 \$ 2000000	\$ 2000000  \$ 1500000	<b>\$2000000</b> <b>\$2500000</b> <b>\$2000000</b> <b>\$1500000</b>
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$ 4500000</b>	<b>\$ 3500000</b>	<b>\$ 8000000</b>

**Tabla 4.** Equipos para compra (en miles de \$).

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS		TOTAL
		USCO	ENTIDADES EXTERNAS	
Computador portátil	Equipo para ingresar la información recolectada de las historias clínicas	X		\$ 3'000,000.00
Celulares	Para comunicarnos y planear horarios y lugares de encuentro para la ejecución del proyecto		X	\$ 200,000.00
USB	Para grabar datos relevantes encontrados en las historias clínicas que se salen de los parámetros del instrumento de recolección		X	\$ 60,000.00
Estabilizador	Para evitar los picos de corriente ocasionales que podrían dañar el computador portátil		X	\$ 120,000.00
Impresora	Para imprimir tanto la encuesta como los artículos de revisión bibliográfica , y el trabajo final		X	\$ 100,000.00

**Tabla 5.** Equipos de uso propio (en miles de \$)

EQUIPO	VALOR DE UTILIZACIÓN		TOTAL
	USCO	ENTIDADES EXTERNAS	
Celulares		x	\$ 150,000.00
Memoria USB 2 GB		x	\$ 80,000.00
Grabadora Periodística		x	\$ 60,000.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 290,000.00</b>

**Tabla 6.** Descripción del software que se desea adquirir (en miles de pesos)

SOFTWARE	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS		TOTAL
		USCO	Entidades externas	
EPI-INFO versión 4.3.2	es un programa de dominio publico diseñado por el centro para el control de enfermedades en Atlanta (CDC) de especial utilidad para la salud publica. Tiene un sistema facil para construir bases de datos, analizarlos con las estadisticas de uso basico en epidemiologia y representarlos con graficos y mapas.	x		Gratis
Microsoft office	Porque es un software de dominio público, y es el más empleado en la elaboración de trabajos de texto y datos	x		\$ 60,000.00
Adobe reader	es el estándar mundial para compartir documentos electrónicos. Es el único programa de visualización de PDF que puede abrir documentos PDF e interactuar con ellos. Se usa Adobe Reader para visualizar, buscar, firmar electrónicamente, verificar, imprimir archivos PDF de Adobe y colaborar en ellos.	x		\$55,000.00
Adobe acrobat	Adobe Reader es una aplicación que te permitirá leer, navegar e imprimir los ficheros de documentos en el formato PDF (Adobe Acrobat), de forma independiente o desde dentro de tu navegador.	x		\$55,000.00

**Tabla 7.** Salidas de campo (en miles de \$)

LUGAR	NUMERO DE SALIDAS	COSTO UNITARIO	TOTAL
Instituto colombiano de bienestar familiar	3	\$ 3500	\$ 10,500
Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo	50	\$ 4000	\$ 200,000
Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud	150	\$ 4000	\$ 600,000

**Tabla 8.** Materiales y suministros (miles de \$)

MATERIALES Y SUMINISTROS	JUSTIFICACIÓN	VALOR
Resma de papel bond tamaño carta 4A	Para la realización d encuestas y apuntes que se requieran durante el proceso de investigación	\$ 30,000
Fotocopias	Para la lectura de artículos que se hayan adquirido, textos ,y para multiplicar el documento que se ha elaborado como instrumento	\$6,000
lapiceros	Para llenar formatos y otras anotaciones	\$ 4,000
Lápices	Para llenar formatos y otras anotaciones	\$ 4,000
Borradores	Para corregir equivocaciones en apuntes	\$ 1,000
Impresión de artículos	Para facilitar lectura de los mismos	\$ 20,000
CD/RW	Para grabar cada uno de los procesos en la elaboración del proyecto investigativo	\$ 5,000
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 80,000</b>

**Tabla 9.** Servicios técnicos (en miles de \$)

TIPO DE SERVICIO	VALOR (\$)
Servicio públicos → luz	\$ 50,000
Servicio públicos → teléfono	\$ 30,000
Internet banda ancha	\$ 100,000
Soporte técnico para el computador	\$ 30,000

**Tabla 10.** Bibliografía (en miles de \$)

TÍTULO	POSESIÓN POR USCO		COMPRA VALOR (\$)
	SI	NO	
Desnutrición infantil en la población colombiana		X	\$ 35,000.00 Por articulo
Desnutrición y maltrato infantil		X	\$ 500,000.00 Libro
Nutrición infantil		X	\$ 100,000.00 Libro
Desnutrición infantil y pobreza		X	\$ 55,000.00 Por articulo
Tipos de maltrato mas frecuentes en colombia		X	\$ 60,000.00 por articulo
Pediatría infantil ( Nelson)	X		\$ 300,000.00 Libro

**Anexo E.** Tablas de gráficos

**Tabla 11.** Gráfica 1

<b>GENERO</b>	<b>No. PACIENTES</b>
FEMENINO	35
MASCULINO	31
TOTAL	66

**Tabla 12.** Gráfica 2

<b>RANGO EDAD</b>	<b>No. PACIENTES</b>
0-1 AÑOS	39
1.1-3 AÑOS	17
3.1-5 AÑOS	6
>5.1 AÑOS	4
TOTAL	66

**Tabla 13.** Gráfica 3

<b>CUIDADOR</b>	<b>No. PACIENTES</b>
PAPA Y MAMA	13
PAPA	0
MAMA	30
OTROS	23
TOTAL	66

**Tabla 14.** Gráfica 9

ITEM	HALLAZGO FISICO DE MALTRATO	No, PACIENTES POR HALLAZGO
A	MARCAS EN CUERPO	11/66
B	CICATRICES	13/66
C	FRACTURAS	2/66
D	CEFALEAS FRECUENTES	11/66
E	HIGIENE INADECUADA	25/66
F	RETRAIMIENTO SOCIAL	19/66
G	LLANTO FRECUENTE	45/66
H	TRISTEZA	35/66
I	COMPORTAMIENTOA AGRESIVOS	4/66
J	DESOBEDIENCIA	0/66
K	HIPOACTIVIDAD	37/66
L	NO HABLA ESPONTANEAMENTE	18/66

**Tabla 15.** Gráfica 10

ITEM	HALLAZGO FISICO DESNUTRICION	No, PACIENTES POR HALLAZGO
A	FATIGA Y CANSANCIO	49/66
B	IRRITABILIDAD	54/66
C	RETRASO PSICOMOTOR	40/66
D	PROBLEMAS PARA DORMIR	15/66
E	↓DE PESO	66/66
F	ANEMIA	43/66
G	APARICION DE EDEMAS	21/66
H	APARICION DE ASCITIS	10/66
I	DEBILIDAD MUSCULAR	51/66
J	ALT DE LA COAGULACION SANGUINEA	20/66
K	EMACIACION	13/66
L	PATOLOGIAS ASOCIADAS	66/66

**Tabla 16.** Gráfica 12

<b>DIARREA</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>
AGUDA	20
PERSISTENTE	22

**Tabla 17.** Gráfica 11

<b>DESNUTRICION</b>	<b>No. PACIENTE DIAGNOSTICADOS CON MALTRATO INFANTIL</b>
GII	5
GIII	28
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>

**Tabla 18.** Gráfica 13

<b>GRADO DE DESNUTRICION</b>	<b>EVOLUCION</b>	<b>No. PACIENTES</b>
II	AGUDA	11
	CRONICA	7
<b>TOTAL PTES</b>		<b>18</b>
III	AGUDA	37
	CRONICA	11
<b>TOTAL PTES</b>		<b>48</b>

**Tabla 19.** Gráfica 16

ITEM	PATOLOGIAS ASOCIADAS	No. PACIENTES DIAGNOSTICADOS
A	DIARREA	42
B	PAÑALITIS	10
C	PARASITISMO	7
D	MICOSIS	7
E	SX BRONCOOBSTRUCTIVO	14
F	NEUMONIA	32
G	SEPSIS	11
H	INF VIAS URINARIAS	11
I	VIH-SIDA	3
J	DESHIDRATAACION	14
K	HEPATOPATIAS	4
L	ENCEFALOPATIAS KERNICTERUS	1
M	MENINGITIS	1
N	VALVULOPATIA PULMONAR	2
Ñ	CONVULSIONES	6
O	CONJUNTIVITIS	3
P	HIPOTIROIDISMO	3
Q	SINDROME DAWN	2
R	OTITIS	1
S	CARDIOPATIA CONGENITA	5
T	ERGE	3
U	SINDROME DISMORFICO	1

Anexo F..

Tabla 20. CRONOGRAMA

AÑO	2006									2007								
	Septiembre			Octubre			Noviembre			Febrero			Marzo			Abril		
MES	1-8	8-15	15-30	2-14	17-21	24-31	2-11	14-18	21-30	6-15	16-21	22-28	1-8	9-15	16-30	3-10	11-19	21-28
Revisión Bibliográfica																		
Selección del tema																		
Formulación del Problema																		
Marco Teórico																		
Objetivos del Proyecto																		
Operacionalización de las variables																		
Elaboración y Diseño Metodológico																		
Tipo de Estudio																		
Ubicación del Estudio																		
Población y selección de la muestra																		
Técnicas y selección del instrumento																		
Procedimientos para la recolección de información																		
Plan de tabulación y Análisis																		
Presupuesto y Cronograma																		
Consideraciones Éticas																		
Elaboración de conclusiones finales																		
Revisión final del proyecto																		
Presentación final del proyecto																		

AÑO	2007																		
MES	Mayo			Junio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			
Actividades / semana	1-8	8-15	15-31	2-14	17-21	24-30	2-11	14-18	21-31	6-15	16-21	22-30	1-8	9-15	16-31	3-10	11-19	21-30	
Revisión Bibliográfica																			
<b>Selección del tema</b>																			
Formulación del Problema																			
Marco Teórico																			
Objetivos del Proyecto																			
Operacionalización de las variables																			
Elaboración y Diseño Metodológico																			
Tipo de Estudio																			
Ubicación del Estudio																			
Población y selección de la muestra																			
Técnicas y selección del instrumento																			
Procedimientos para la recolección de información																			
Plan de tabulación y Análisis																			
Presupuesto y Cronograma																			
Consideraciones Éticas																			
Elaboración de conclusiones finales																			
Revisión final del proyecto																			
Presentación final del proyecto																			

AÑO	2008																	
MES	Enero			Febrero			Marzo			Abril			Mayo			Junio		
Actividades / semana	1-8	8-15	15-31	2-14	17-21	24-29	2-11	14-18	21-31	6-15	16-21	22-30	1-8	9-15	16-31	3-10	11-19	21-30
Revisión Bibliográfica																		
<b>Selección del tema</b>																		
Formulación del Problema																		
Marco Teórico																		
Objetivos del Proyecto																		
Operacionalización de las variables																		
Elaboración y Diseño Metodológico																		
Tipo de Estudio																		
Ubicación del Estudio																		
Población y selección de la muestra																		
Técnicas y selección del instrumento																		
Procedimientos para la recolección de información																		
Plan de tabulación y Análisis																		
Presupuesto y Cronograma																		
Consideraciones Éticas																		
Elaboración de conclusiones finales																		
Revisión final del proyecto																		
Presentación final del proyecto																		

