

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**Violencia intrafamiliar asociada al crecimiento y
desarrollo del niño menor de cinco años.**

H.R.D.L.M. Chiclayo, 2012

**Tesis para optar el grado académico de
Magíster en Enfermería**

Autora: Nelly Guillermina Sirlopú Garcés

Chiclayo, Perú

2013

**Violencia intrafamiliar asociada al crecimiento y desarrollo del
niño menor de cinco años. H.R.D.L.M. Chiclayo, 2012**

POR:

Lic. Nelly Guillermina Sirlopú Garcés

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el grado
académico de **MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR

Mgtr. María Elena Escuza Pasco

Presidenta de Jurado

Mgtr. Iliana Muro Excebio

Secretaria de Jurado

Mgtr. Lisseth Dolores Rodríguez Cruz

Vocal/Asesora de Jurado

Chiclayo, 2013

DEDICATORIA

A mi esposo y mis hijos por ser mi
motivo para lograr este objetivo
A mis padres y hermanos por
brindarme amor y ejemplo a seguir
A mi sobrino Pablo por su constante apoyo
A mi tío Enrique por ser guía celestial para
lograr mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su inmenso amor por permitirme concluir satisfactoriamente esta meta anhelada.

A mi asesora, Mgtr. Lisseth Dolores Rodríguez Cruz, por su acompañamiento al brindarme sus conocimientos y la oportunidad de conocernos y construir una amistad con mucho respeto y admiración.

A mi coasesor, Mgtr. Hugo Saavedra Saavedra, por sus sugerencias brindadas para concluir esta investigación.

A mis amigas, profesoras de la Escuela de Enfermería de la USAT, por su motivación de concluir este resto, así como las profesionales de enfermería del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HRD Las Mercedes, que me brindaron la facilidades para ejecutar y concluir esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	17
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	29
CAPÍTULO III: RESULTADOS	37
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	68

Tablas

<u>Tabla N° 1:</u> Datos demográficos de madres y cuidadoras de los niños que conforman las muestras (m1 y m2) acudieron al consultorio CRED- HRDLM, 2012	38
<u>Tabla N° 2:</u> Madres o cuidadora principal del niño que presenta violencia intrafamiliar (m1), consultorio CRED- HRDLM, 2012	39
<u>Tabla N° 3</u> Niños que viven en violencia interfamiliar (m1) originado por padres y otros familiares, consultorio CRED HRDLM 2012	40
<u>Tabla N° 4:</u> Tipos de Violencia Intrafamiliar que presentan los niños en la (m1): consultorio CRED HRDLM 2012.	41
<u>Tabla N° 5:</u> Diagnóstico de alteración de crecimiento del niño menor de 5 años en violencia intrafamiliar (m1) y en no violencia intrafamiliar (m2): consultorio CRED HRDLM 2012.	42
<u>Tabla N° 6:</u> Diagnóstico de alteración del desarrollo en el niño menor de 5 años en violencia intrafamiliar, (m1) y en no violencia intrafamiliar (m2) : consultorio CRED HRDLM 2012	43

RESUMEN

El Hospital Regional Docente Las Mercedes, a través de la estrategia sanitaria, Control de Crecimiento y Desarrollo del niño (CRED), realiza la evaluación del niño menor de cinco años, pero no profundiza la búsqueda activa de casos de violencia intrafamiliar, haciendo de interés esta investigación, cuyo objetivo fue: determinar la asociación de violencia intrafamiliar en el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, que acude al control. La investigación es de tipo cuantitativa, analítica, se trabajó con dos grupos independientes, uno donde existía violencia intrafamiliar y otro donde no existía violencia familiar, de abordaje transversal, prospectiva, 50 niños conformaron las muestras (*m1* y *m2*) de cada grupo, los instrumentos de recolección de datos fueron: cuestionario autodiagnóstico de violencia intrafamiliar de Cáceres *et al* 2004, la ficha de tamizaje de violencia intrafamiliar y maltrato infantil-MINSA, hoja de evaluación CRED auto elaborada. Se utilizó un software SPSS19 y Excel 2010 para el estudio de la información, el análisis inferencial de comparación de dos proporciones, se realizó a través de la prueba "Z", los resultados de las hipótesis de comparación de proporciones fue: en el crecimiento, el $p - valor = 0.00207 < 0.05$ y en el desarrollo, el $p - valor = 0.0025 < 0.05$ rechazando las H_0 , concluyendo: La proporción de niños con retraso en el crecimiento y desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor, que la proporción de niños con retraso de crecimiento y desarrollo en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar. En toda la investigación se tomaron en cuenta los criterios de rigor ético y científico.

Palabras clave: Violencia Intrafamiliar, Crecimiento y Desarrollo, Enfermería

ABSTRACT

The Regional Hospital Las Mercedes, through the health strategy, Growth Control and Child Development (CRED), makes the evaluation of children under five years, but does not go actively seeking domestic violence cases, making interest this research, whose aim was to determine the association of family violence in the growth and development of children under five, who comes to control. The research is a quantitative, analytical, is working with two independent groups, one where there was domestic violence and another where there was family violence, cross boarding, prospective, 50 children formed the samples (m1 and m2) of each group, the data collection instruments were questionnaire self Caceres domestic violence et al 2004, screening tab of domestic violence and child abuse-MOH, TRAC self evaluation sheet prepared. Software was used SPSS19 and Excel 2010 for the study of information, inferential analysis comparing two proportions was performed using the test "Z", the results of the comparison of proportions hypothesis was: growth $p - valor = 0.00207 < 0.05$, and in the development $p - valor = 0.0025 < 0.05$, rejecting H0, concluding: the proportion of children with stunted growth and development in a medium with the presence of domestic violence is higher than the proportion of children with retardation of growth and development in an environment where there is an absence of violence. In all the research took into account the criteria for ethical and scientific rigor.

Keywords: Domestic Violence, Growth and Development, Nursing.

Introducción

El término "violencia familiar" alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Percibir esta realidad como un problema social implica cuestionar la creencia bastante común, que la cataloga como un tema absolutamente privado; sin embargo, cualquier acto de violencia de una persona con otra constituye un hecho reprobable, independientemente de que ocurra en la calle o dentro del hogar.

La violencia intrafamiliar se considera un problema de salud pública, debido a tres factores, primero: por su alta incidencia en las personas; segundo, por su importancia a nivel psicológico en la salud individual y tercero, por sus repercusiones sociales y económicas que permanece oculto, por muchas razones que impiden conocer la real magnitud de este daño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea como amenaza o de hecho, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.¹

Este problema de salud es cada vez reconocido como un problema grave a la violación de los derechos humanos básicos, a los tratados internacionales por organizaciones como: la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En promedio 24 personas por minuto son víctimas de violencia en los Estados Unidos en el transcurso de un año, lo que equivale a más de 12 millones de casos de violencia intrafamiliar. Hasta la actualidad cerca de 30 países latinoamericanos han promulgado leyes contra la violencia intrafamiliar o han caracterizado a la violencia como un delito; además del grave efecto emocional y físico que acarrea, la violencia conlleva gastos médicos y pérdidas en la productividad. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), algunos países como Estados Unidos, Brasil, Costa Rica, México invierten el 2% de su Producto Bruto Interno (PIB) en el tratamiento de sus efectos en las víctimas.² La OPS ha fijado dentro de las prioridades para el siglo XXI la promoción de la salud, especialmente en lo que se refiere a promoción de estilos de vida saludables no violentos.

Las mujeres y los niños son las víctimas más comunes y estas acciones u omisiones interfieren en el crecimiento y desarrollo físico, psíquico o sexual del menor.³ Los niños son considerados uno de los grupos especialmente vulnerables frente a los actos de violencia, por lo que es prioritario dirigir esfuerzos en la promoción de la salud y prevención de la violencia,⁴ debido que esta ocurre en todas las clase sociales y afecta a todos los miembros de la familia, a pesar que las consultas en los establecimientos de salud por este problema suelen ser escasas.

Los niños suelen ser testigos de la violencia y, en alta proporción también, víctimas de esta, sobre todo, cuando presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres u otros miembros de su familia. Los niños pueden comportarse de forma ambivalentes por un lado pretenden esconder lo que sucede dentro de su hogar, pero por otro desean que alguien lo descubra y pueda rescatarlos. A así mismo, experimentan un sentimiento de culpa, porque creen que habrían podido

evitar la violencia, lo que conlleva a que presenten problemas de salud y de conducta, perturbando el desarrollo de su autoestima, menoscabando su confianza y ocasionando trastornos relacionados con el peso, la alimentación y el sueño.

Dentro de la familia, la madre y el niño son los grupos más expuestos a la violencia, sin embargo son escasos los estudios en los que se analiza el impacto del tipo de violencia que sufren los niños que viven en estos hogares y que generalmente comparten estas situaciones de violencia directa o indirecta con sus madres.⁵ La violencia que sufre la madre, causa repercusiones negativas sobre sus hijos, manifestándose en todas y cada una de las esferas del desarrollo humano, ya sea física, cognitiva, afectiva, social y emocional, que se interrelacionan mutuamente para producir importantes problemas en los sujetos que las padecen.⁶

En el Perú la población se acerca a los 30 millones de personas, el 37% (10012730) esta población está conformada por niños y adolescentes de 0 a 17 años, alrededor del 60% de ellos vive en condición de pobreza.⁷

La Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINS) estima que 6 de cada 10 hogares, viven en situación de violencia, el 37% de madres de niños menores de 5 años reportó haber sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de su actual o última pareja. El 11% de las madres de niños menores de 5 años reportó haber sido agredida físicamente por lo menos una vez durante el embarazo.

Según diferentes estudios, se estima que el 60-70% de los niños, que viven en hogares violentos, son víctimas de situaciones de maltrato, por lo que en esta investigación se incluye al padre, madre o persona que cuida al niño.⁸

En la región Lambayeque en el año 2012, se registraron 3051 denuncias por violencia familiar en niños y adolescentes, distribuidas en la provincia de Chiclayo con 2,923 (95,8%) denuncias, la provincia Lambayeque con 77 (2,5%); y la provincia de Ferreñafe con 51 (1,7%), datos obtenidos del Centro Emergencia Mujer (CEM), dependencia del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social –MIMDES.

El Estado Peruano, a través del MINSA, ha planteado acorde a los lineamientos de la OPS, que uno de sus temas prioritarios es la salud mental y una de las áreas prioritarias de las Políticas y Plan de Salud Mental, de los Derechos Humanos Violencia y Salud. Dentro de las tareas del sistema de salud pública está el de construir y cultivar una conciencia social crítica frente a la violencia en el contexto de defensa de la vida; plantea dentro de su objetivo generales, la sensibilización, educación y comunicación social en relación al tema de violencia⁹ precisando una serie de políticas y estrategias relacionadas con la infancia.

Una de las iniciativas innovadoras fue la aplicación de la estrategia sanitaria del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, con la finalidad de contribuir al desarrollo integral a través de la captación, evaluación, tamizaje, notificación, derivación oportuna y periódica del control de crecimiento y desarrollo, la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos para facilitar el acceso oportuno a intervenciones efectivas para su atención, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal.

Según Resolución Ministerial del año 2010, la Dirección de Salud a las Personas pone en vigencia: la Norma Técnica de Control del Crecimiento

y Desarrollo (CRED) del niño menor de cinco años, donde propone la vigilancia epidemiológica de la violencia y maltrato infantil, la utilización de la Ficha de Tamizaje de Violencia y Maltrato infantil.¹⁰ Es conocido que durante los primeros meses y hasta el segundo año de vida del niño, la madre o persona a cargo del niño visitan de manera regular los establecimientos de salud con la finalidad de recibir atención en crecimiento y desarrollo, vacunas, enfermedades prevalentes de la infancia.

Estos momentos de encuentro entre el personal de salud, los niños, los padres y/o los cuidadores del niño, no deberían ser desaprovechados para identificar oportunamente problemas de salud; sin embargo ocurre lo contrario, tal vez por desconocimiento de las normas técnicas de la estrategia sanitaria del CRED o falta de tiempo.

El Instituto de Salud del Perú, haciendo eco a este problema, ha determinado dentro de las prioridades regionales de investigación en salud para Lambayeque, durante el período 2010- 2014, los factores de riesgos en salud mental¹¹ a fin de dar cumplimiento el MINSA a través de la estrategia de crecimiento y desarrollo, debe realizar la captación de casos de violencia intrafamiliar en niños menores de cinco años.¹²

A nivel regional en las instituciones de salud, como el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo (H.R.D.L.M.), institución de segundo nivel de atención, con una población asignada para el presente año de 5792 de niños menores de cinco años, ha programado como población atendida en el servicio de crecimiento y desarrollo a 240 niños menores de cinco años; este servicio cuenta con ambientes adecuados y con personal de enfermería asignado a tiempo completo a esta actividad,

donde el niño acompañado con su madre, padre o persona a cargo del cuidado, viene a solicitar la atención y evaluación. La investigadora ha podido observar que en el servicio mencionado anteriormente, el niño es evaluado pero no se profundiza en la búsqueda activa de casos de violencia intrafamiliar, no se usan la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil, instrumento que según norma técnica administrativa debe aplicarse a todo los casos que llegan al control. Según informe de actividades de atención integral de salud del niño del HRDLM, en el año 2011 fueron atendidos 819 niños, de ellos 5.6% presentaron problemas en el crecimiento, dentro de los diagnósticos más frecuentes tenemos: el 4.3% en riesgo nutricional por el bajo peso para su talla , 6.2% de niños con sobrepeso, 0.5% con desnutrición aguda y 0.72% con problemas de obesidad. Además un 89% presentaron trastorno o retraso en el desarrollo.

Según referencia de las enfermeras, que laboran en el consultorio de CRED, señalan como las causas más frecuentes para la alteración del crecimiento y desarrollo, la falta de atención de los niños por sus padres, debido a que tienen que trabajar y salir del hogar; déficit de conocimiento de la nutrición adecuada y factores económicos, respuesta que vienen dejando de lado, a problemas de salud mental como el de la violencia intrafamiliar, evidenciado por la manifestación oral de la enfermera encargada quien refiere: que no se aplica la ficha de tamizaje para niños en riesgo de violencia intrafamiliar, motivo por el cual la investigadora se pregunta ¿cuál es la asociación de la violencia intrafamiliar y el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años del H.R.D.L.M., Chiclayo 2012?

Las hipótesis planteadas fueron:

Ho: La proporción de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento en un medio de violencia intrafamiliar, no se diferencia de aquellos donde no hay presencia de violencia intrafamiliar.

Ha: La proporción de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor que la proporción de niños con retraso de crecimiento, en un medio con ausencia de violencia intrafamiliar.

Ho: La proporción de niños menores de cinco años con retraso en el desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliar, no se diferencia de aquellos donde no hay presencia de violencia intrafamiliar.

Ha: La proporción de niños menores de cinco años con retraso en el desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor que la proporción de niños con retraso de desarrollo en un medio con ausencia de violencia intrafamiliar.

El objetivo general del estudio fue determinar la asociación de la violencia intrafamiliar en el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años del H.R.D.L.M.- Chiclayo, 2012. Los objetivos específicos fueron identificar la frecuencia de violencia intrafamiliar en la madre y el niño menor de cinco años del H.R.D.L.M, Chiclayo,2012; e identificar la frecuencia de la alteración del crecimiento y desarrollo del niño, menor de cinco años del H.R.D.L.M, Chiclayo, 2012.

Esta investigación se justificó porque el problema de la violencia intrafamiliar en mujeres ha acaparado el interés de un buen número de investigadores que han centrado sus estudios en las repercusiones que este comportamiento de los agresores tiene sobre la salud física y psicológica de sus víctimas. De ahí el gran número de publicaciones

recientes a nivel nacional e internacional, sobre los más variados aspectos de las consecuencias de la violencia hacia las mujeres sin embargo, son mucho más escasos los estudios sistemático en los que se analiza el impacto que este tipo de violencia tiene sobre el crecimiento y desarrollo de los niños que viven en estos hogares y que generalmente, comparten estas situaciones de violencia directa o indirecta con sus madres.

La relevancia de esta investigación para enfermería radica en el hecho que la enfermera es la responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco, y a través de este, debería realizar que la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, a través de la captación de los casos y la aplicación de la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil. Actualmente esta actividad no se viene realizando.

Es pertinente la presente investigación por no haber estudios de la misma temática en la región de Lambayeque. En este sentido los resultados servirán de antecedentes para otras investigaciones en el área de la enfermería de salud mental. Asimismo, los resultados se utilizarán de base para adoptar las medidas correspondientes para que al realizar el control del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años se mejore la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, y para la formulación de políticas públicas que aborden la problemática de violencia intrafamiliar en este grupo etáreo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La presente investigación presenta los siguientes antecedentes:

Soccio C. et al,¹⁵ en la investigación, *La dinámica familiar en la visión de los padres y niños involucrados en violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes*, desarrollada en el año 2007, en el Brasil, tuvo como objetivo comprender la dinámica familiar de padres e hijos involucrados en *violencia intrafamiliar* contra niños y adolescentes institucionalizados en el Centro de atención al Niño y al Adolescente de 02 a 17 años, víctimas de violencia doméstica. Se optó por un estudio cualitativo, en un total de ocho familias, se utilizó la entrevista semiestructurada realizada a los padres responsables y hermanos de niños y adolescentes. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido, mostrando por medio de los testimonios de los sujetos entrevistados dos grupos de familia ideal y familia real. En la primera se buscó agrupar definiciones de familias en una perspectiva ideal. En la segunda se observó las relaciones interpersonales de las familias en estudio. Los niños y adolescentes afirmaron que la familia representa unión y fuente de cariño. En los testimonios se logró aprender que el microsistema familiar se caracterizó

por la presencia de situaciones de pérdida, abandono, alejamiento y abuso. En el resultado se observó que hubo dificultad en relación a la autoridad dentro de las interrelaciones familiares. La violencia doméstica estuvo presente en los discursos, aunque esta sea comprendida como práctica usual para esas familias. Se identificó que la óptica de los padres favoreció a la negación de la violencia cometida. Los niños registraron que los vínculos de amor y afección son más significativos para su desarrollo que los vínculos familiares establecidos mediante consanguinidad.

Cool-Vinent B. et al.¹⁴ con la investigación: *El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud*, realizada el año 2008 en Barcelona (España). Estudio descriptivo de prevalencia, que tuvo como objetivo evaluar la opinión del personal sanitario del hospital frente al fenómeno de la violencia doméstica, utilizando un cuestionario diseñado *ad hoc*. Se preguntó a 321 profesionales, seleccionados aleatoriamente, se realizó una prueba piloto a 25 profesionales del hospital para validar el contenido del cuestionario de autocumplimentación. Para la selección de la muestra, la introducción de los datos y la aplicación estadística se utilizó el programa SPSS 12.0. Los resultados se expresaron como media y desviación estándar o porcentajes. La asociación entre las variables se realizó mediante la prueba de la T de Student o ANOVA de un factor en las variables continuas, y la prueba de la χ^2 en las variables cualitativas. La significación estadística se estableció para valores de $p < 0,05$ acerca de la violencia doméstica y su relación con la salud. El número de cuestionarios contestados fue 287 (185 mujeres y 102 varones). El promedio de edad de las personas que respondieron fue de $40,8 \pm 10,3$ años; un 50,5% de los encuestados correspondió a personal médico y un 49,5% a personal de enfermería. Entre el personal de enfermería predominaba el sexo femenino (82,7%), y entre el personal médico, el masculino (54,4%). En total

respondieron 287 profesionales. La mayoría de encuestados (87,1%) consideró que la violencia doméstica era un problema importante, pero no lo consideraban un problema de salud. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general, valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes. El personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico.

La gran mayoría del personal encuestado consideraba adecuado o muy adecuado especificar en la historia clínica el problema de la violencia de género siempre que se conociera (92,1%), e incluir sistemáticamente en la anamnesis preguntas encaminadas a develar el problema de la violencia intrafamiliar en todos los pacientes atendidos (91,5%). El personal de mayor edad y más antigüedad valoraba más el problema y pensaba que podía tener un mayor papel en la detección y la asistencia de casos de violencia de género que el personal más joven y con menor experiencia ($p = 0,01$ y $p = 0,027$, respectivamente).

Alegri S. y De Souza L.¹⁵ con la investigación *Violencia contra niños y adolescentes: un desafío en el cotidiano del equipo de enfermería*, realizado el año 2006 en el Brasil, fue un estudio descriptivo que tuvo como objetivo reflexionar sobre las formas de violencia contra niños y adolescentes practicadas en la familia y la importancia de la atención de enfermería ante este problema de salud, consideró la posibilidad de ayuda de prevención de la violencia y los problemas que se causan en la sociedad. Teniendo como conclusión que la violencia es un problema social e histórico que necesita ser contemplado en la formación académica de los enfermeros como un problema de salud y estar presente en las discusiones sobre las políticas públicas y convertirse en un reto constante para el equipo de enfermería. Las

enfermeras actuaron como facilitadoras entre el niño / salud de los adolescentes y los grupos agresores, por lo que debieron incluir los aspectos lúdicos en sus acciones de cuidado en el mundo infantil, trataron de minimizar el dolor y el sentimiento causado por la violencia. Los profesionales desempeñaron un rol importante para hacer frente a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes. En conclusión, los profesionales de salud de enfermería debieron involucrarse para mejorar la calidad de la salud y los servicios, a fin de contribuir a la construcción de una sociedad más justa, democrática y solidaria, no importa en qué área la enfermera se desempeña, cada profesional es responsable de los niños y adolescentes que se enfrentan a una situación de violencia y tienen derecho a la vida. Este estudio reveló el primer paso necesario: en este sentido la profundización y la ampliación de los debates sobre la violencia, por lo que las enfermeras utilizaron el conocimiento científico para afrontar urgentemente el reto de detectar, notificar situaciones de violencia contra los niños y adolescentes.

BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

La Organización Mundial de la Salud define la *violencia* como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea como amenaza o de hecho, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.¹⁶ La violencia en el ámbito familiar es la más difícil de reconocer por el secreto, la falta de pruebas y obstáculos sociales y jurídicos.

Es más difícil cuantificar las lesiones físicas que las mentales, pero ambas ocurren y están íntimamente ligadas: una persona con lesiones psicológicas genera acciones violentas, y las acciones violentas a su vez generan daños psicológicos.¹⁷

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha planteado, acorde a los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que dentro de las tareas del sistema de salud pública está, el construir y cultivar una conciencia social crítica frente a la violencia en el contexto de defensa de la vida; así mismo considera dentro de sus objetivos generales la “sensibilización, educación y comunicación social en relación al tema de violencia.”¹⁸

La OPS ha fijado dentro de las prioridades para el siglo XXI la promoción de la salud, especialmente en lo que se refiere a promoción de estilos de vida saludables no violentos. Los niños son considerados uno de los grupos especialmente vulnerables frente a los actos de violencia, motivo por el que es prioritario dirigir esfuerzos en la promoción de la salud y prevención de la violencia.¹⁹

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 da como definición de caso a la *violencia intrafamiliar*, a toda persona de sexo femenino o masculino que presente lesiones físicas, sexuales o psicológicas que sean compatibles con el síndrome de maltrato.²⁰

Espinoza M.²¹ considera que el 95% de estos casos consisten en maltratos del varón hacia la mujer. Aunque varios estudios han señalado una igualdad en el número de episodios violentos efectuados por varones y por mujeres; el contexto, la intención y las consecuencias de estas agresiones tienen como resultado lesiones y miedo en la mujer.

Las mujeres y los niños son las víctimas más comunes y estas acciones violentas que interfieren en el crecimiento y desarrollo físico, psíquico o sexual del menor.²²

El MINSA²³ considera al *maltrato físico infantil* como toda agresión física no accidental por parte de los padres o cuidadores, producto de castigo único o repetido, que le provoque daño físico o enfermedad de magnitud y características variables con consecuencias observables y medibles.

El *maltrato emocional* es el hostigamiento verbal habitual de un niño a través de insultos, críticas, descrédito y ridiculización, el constante bloqueo de sus iniciativas, la indiferencia o rechazo explícito o implícito. El abandono y negligencia en los cuidados es la falta de protección y atención físicas mínimas del niño por parte de sus padres, así como la falta de respuesta a sus necesidades evolutivas, que no se deba a carencia extrema de recursos sociales o económicos.

Para Pinheiro P.²⁴ la aceptación social de la violencia cotidiana contra los niños es un factor importante para su persistencia, por lo que debe establecerse entornos positivos, no violentos para los niños en sus hogares, escuelas, otras instituciones y comunidades por medio de campañas de educación, sensibilización y capacitación de profesores y otros funcionarios públicos.

Para Soriano F.²⁵ El estado debe promover valores, apoyar programas y generar conciencia en la población sobre el cuidado del niño a través de campañas educativas sobre los derechos del niño y en particular sobre cómo mantener relaciones positivas, no violentas, con los niños dentro de

la familia. En este aspecto, los medios de comunicación también pueden desempeñar un papel importante.

Dada la vulnerabilidad de los niños hacia la violencia debe promoverse especial atención a la capacitación de policías, abogados, médicos enfermeras y personal de salud y todos aquellos que estén en contacto con niños dentro del sistema de protección.²⁶

El Instituto de Salud del Perú haciendo eco a este problema, ha determinado dentro de las prioridades Regionales de investigación en salud para Lambayeque durante el período 2010- 2014 los factores de riesgo en salud mental²⁷. A fin de dar cumplimiento, el Ministerio de Salud, a través de la estrategia de crecimiento y desarrollo, debe realizar la captación de casos de violencia intrafamiliar en niños menores de cinco años, cuando estos acuden por primera vez al servicio de CRED a solicitar una consulta y son evaluado.

El *control del crecimiento y desarrollo* es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de controlar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

El procedimiento de atención de crecimiento y desarrollo del niño incluye un conjunto de procedimientos como la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio,

aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para la valoración del crecimiento, esta información es consignada en la historia clínica. Dentro de los diferentes instrumentos que integran dicha historia se incluye la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil, esta se debe realizar en cada control o contacto del niño con el servicio de salud; se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protectores, se recaba información psicosociales, dinámica familiar etc. Dicha información que se va actualizando en los controles sucesivos, donde se evalúa la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, los cuidados que se le brindan al niño, la presencia de síntomas de abandono, al trato negligente, la carencia afectiva, la actitud de los padres en el establecimiento (castigo físico, correcciones verbales), así mismo explorar y reconocer situaciones de violencia intrafamiliar o abuso contra las madres como una manera efectiva de prevenir el maltrato. En las diferentes situaciones se brindara consejería y orientación a los padres.

Para la evaluación del crecimiento de 0 a 5 años la enfermera considera las actividades que se realizan de manera individual, periódica y secuencial, con la finalidad de promover la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento y desarrollo. Una de las actividades realizadas es la valoración antropométrica del niño peso/ talla, este se realiza a todo niño, hasta los 4 años 11 meses 29 días en cada control o contacto con los servicios de salud.

El crecimiento del niño considerando la tendencia se clasifica en:

Crecimiento adecuado: es la condición en la que el niño evidencia ganancia de peso o incremento de longitud o talla de acuerdo a los

-

rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE) la tendencia de la curva es paralela a la curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

Crecimiento inadecuado: Cuando en el niño se evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva) o ganancia mínima de la longitud de la talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia, vigente aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentren dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE) .

En cuanto al estado nutricional, se considerará de acuerdo a la edad del niño, se utilizan los siguientes indicadores,²⁸ ver anexo 5.

Se realiza basándose en la comparación de indicadores P/E, T/E , P/T con los valores de patrones de referencia vigentes en la estrategia sanitaria del CRED.

Debido a que el incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, implica realizar una evaluación en base a los factores que hayan desencadenado ese proceso.

Por lo tanto, el monitoreo enfatiza sus esfuerzos en evaluar el progreso de la ganancia de peso, longitud o altura de acuerdo como avanza la edad del niño. La desnutrición tiene efectos que se acumulan a lo largo del tiempo, sus efectos son negativos sobre el rendimiento escolar y el desarrollo físico y cognitivo, sobre las posibilidades de generación de ingresos en la edad adulta, y sobre los niveles de mortalidad, los menores

de cinco años que presentaron desnutrición crónica o retardo en el crecimiento.²⁹

Una de las alteraciones que podemos encontrar algunas veces en niños que viven en violencia intrafamiliar es el estado nutricional proceso biológico en que el organismo asimila y utilizan los alimentos y los líquidos para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones normales. El proceso de la alimentación conjunto de fenómenos involuntarios que sucede tras la ingestión de los alimentos , es decir , la absorción o paso de sangre desde el tubo digestivo nutrientes, su metabolismo o transformaciones químicas en las células y excreción del organismo, los requerimientos de energía a través de la ingestión en las proporciones adecuadas de nutriente energéticos como los hidratos de carbono y grasas que se relaciona con los requerimientos energéticos de la actividad física y el gasto energético, requerimientos estructurales proporcionados por las proteínas , necesidades de micronutrientes no energéticos como las vitaminas y minerales, la correcta hidratación basada en el consumo de agua. La carencia de esta puede causar una desnutrición aguda, el niño puede presentar un bajo peso para su talla y en la desnutrición severa hay aporte insuficiente de nutrientes, observándose en el niño un déficit ponderoestatural.³⁰

Osorio J y Weisstaub G. et al³¹ considera que un niño está en hiperalimentación o sobrepeso cuando tiene 25 % adicional de su peso normal, en esta situación tendrá mayor probabilidad de complicarse la salud. La obesidad es un trastorno o enfermedad caracterizada por exceso de grasa corporal que altera la salud del individuo y que en muchas oportunidades lo pone en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica. Clínicamente se considera a un individuo como obeso cuando su peso

total supera en un 20% el peso medio ideal para su edad, talla y sexo; y obeso mórbido cuando el P/T es mayor a 150%.

La evaluación del desarrollo del niño se realiza desde el nacimiento hasta los 4 años, 11 meses, 29 días de acuerdo a la porosidad establecida por la estrategia del CRED, y es de responsabilidad del profesional de enfermería. Los instrumentos que se aplican en la evaluación son: 1) para niños de 0 a 30 meses el Test Peruano de Desarrollo del Niño (TDP) que determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondientes a diferentes comportamientos como el de postura, viso motor, lenguaje, personal social, inteligencia y de aprendizaje.

2) Para niños de 3 a 4 años, se aplica el Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o (BA) (pauta breve), el que mide el rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

La interpretación de sus resultados será de acuerdo al instrumento aplicado para la evaluación de niños de 0 a 30 meses con el Test Peruano de desarrollo del niño el resultado puede ser:

Desarrollo normal, cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica.

Riesgo para el trastorno del desarrollo, cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.

Trastorno en el desarrollo, se considera cuando el niño no ejecuta una o más de las conductas evaluadas, según la edad cronológica correspondiente y en lectura del perfil.³²

En la evaluación de niños de 3 a 4 años para el test abreviado de evaluación del desarrollo psicomotor (TA) o pauta breve los resultados pueden ser:

Desarrollo normal, cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Déficit del desarrollo, cuando uno o más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.³⁵

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue eminentemente cuantitativa porque nos permitió conocer de manera medible, imparcial, mediante el análisis y recolección de datos la relación de dos variables: la violencia intrafamiliar, y el crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años que reciben una atención en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del HRD Las Mercedes de Chiclayo, 2012.

Por el diseño, es un estudio de dos grupos independientes, cada uno conformado por niños de ambos sexos menores de cinco años. Donde uno de los grupos presenta presencia de violencia intrafamiliar y el otro grupo, no.

Por su finalidad, se consideró un estudio de tipo analítico, porque se evaluó una relación causal, aquí los sujetos son seleccionados en función de que tenga o no violencia intrafamiliar o en general, un determinado efecto en el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.

Por su secuencia temporal, el abordaje fue transversal porque estudió los hechos en un momento determinado del tiempo. En cuanto al control de asignación de factores del estudio es observacional, porque los factores de estudio no van a ser controlados por el investigador, este se limitará a observar, medir y analizar. Por el inicio de la investigación estudio en relación a la cronología de los hechos fue prospectiva por que los datos se fueron recogiendo a medida que iban sucediendo.

Población, muestra de estudio y muestreo

Son dos poblaciones, cada una conformada por niños de ambos sexos menores de cinco años; una población de niños que viven en presencia de violencia intrafamiliar y otra población de niños que no la experimentan, estas poblaciones acudieron con sus padres o persona acompañante a cargo del cuidado del niño, y recibieron una atención en el consultorio de CRED -HRDLM-Chiclayo, durante el primer al tercer trimestre del año 2012.

La muestra de estudio fue, de casos independientes para diferencia de proporciones de cada población, se obtuvo 50 niños en forma aleatoria para cada *muestra 1 y 2*. El tamaño de la muestra fue calculada con la fórmula habitual para la comparación de dos proporciones, asumiendo que las esperadas son p_1 y p_2 .

Los integrantes de la muestra se seleccionaron conforme iban llegando al consultorio de CRED y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión propuestos, así tenemos que la muestra 1 (*m1*), estuvo conformada por 50 niños de ambos sexos menores de cinco años que fueron atendidos dentro del consultorio al cual acudieron con su padre, madre, o persona acompañante a cargo del cuidado del niño, con problema de violencia intrafamiliar durante el primero al tercer trimestre del año 2012.

La muestra 2 (*m2*) estuvo conformada por 50 niños de ambos sexo, menores de cinco años que acudieron durante el primer y tercer trimestre del año 2012, al mencionado consultorio y no sufrieron problema de violencia intrafamiliar. Niños que vienen en compañía de

sus padres o persona acompañante a cargo del cuidado del niño, durante el primero al tercer trimestre del año 2012.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

-Niños menores de cinco años de ambos sexos que proceden de la provincia de Chiclayo.

-Niño menores de cinco años que acude con uno de los padres y/o acompañante y padece problema de violencia intrafamiliar.

-Niños menores de cinco años de ambos sexos, con la condición de atención durante el primer al tercer trimestre del año 2012 que acude al consultorio de CRED -HRDLM-Chiclayo.

Los criterios de exclusión:

-Niños menores de cinco años de ambos sexos que padece enfermedad neurológica, o alguna malformación congénita.

- Niño menores de cinco años nacidos de embarazo gemelar.

-Niño menores de cinco años que vive con solo con uno del padre y/o el acompañante familiar.

La técnica de muestreo fue no probabilística, debido a que en algunas circunstancias permiten resolver problemas de representatividad como en este estudio de dos poblaciones independientes.

Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El método de estudio fue de casos independientes para diferencia de proporciones, de cada población se obtuvo 50 niños en forma aleatoria.

Teniendo en cuenta la técnica, en esta investigación se aplicó tres instrumentos para la recolección de datos:

1-El Cuestionario: El que se aplicó fue el de Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar elaborado por Cáceres A, et al, del Servicio Nacional de la Mujer-Chile en el año 2004, dirigido a uno de los padres o acompañante encargado del cuidado del niño.

Este instrumento cuenta con dos partes: datos generales y 15 preguntas con respuesta tipo liker: Si (3 puntos), A veces (2 puntos), Rara vez (1 punto), No (0 Punto).

El puntaje varía entre 0 a 45 puntos, clasificados de la siguiente manera:

35 a 45 puntos: positivo a violencia intrafamiliar – abuso peligroso.

23 a 34 puntos: positivo a violencia intrafamiliar - ayuda institucional.

12 a 22 puntos: positivo a violencia interfamiliar- alerta.

0 a 11 puntos: puede haber violencia intrafamiliar en el hogar pero se puede resolver – sin violencia

2.-Ficha de tamizaje de la violencia y maltrato infantil: Instrumento de recolección de datos, elaborado por el programa de crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud (MINSA), su objetivo es la detección del maltrato y violencia intrafamiliar, fue aplicada a través de la observación al momento de la evaluación del niño, constó de dos partes ; la primera con dos interrogantes dirigida a uno de los padres o acompañante encargado del cuidado del niño y la segunda parte es una lista de chequeo donde a través de la observación nos permitió detectar algún signo o síntoma que nos oriente a un tipo de violencia (se marcó con una “x”) , donde se pudo considerar, si el niño presentó problema de violencia intrafamiliar.

3.-Hoja de la Evaluación del Crecimiento y Desarrollo del Niño: auto elaborada, la primera parte permitió recoger los datos generales del

niño y la segunda parte se tomó los datos de las medidas antropométricas del niño, así como el diagnóstico de enfermería que determinó la enfermera al terminar la evaluación del control crecimiento y desarrollo del niño (CRED).

Estos instrumentos antes de ser aplicados se validaron con 10 madres que acudieron con sus niños al consultorio de CRED, a los mismos que por su facilidad de entendimiento, no fue necesario realizar ninguna modificación en su contenido, al instrumento *autodiagnóstico de violencia intrafamiliar*, que fue aplicado en otra investigación, su fiabilidad de alfa de cronbach fue 0.8 de validez.

Descripción operativa de la intervención

Se detalla las intervenciones que se realizaron:

1. ° Durante el proceso de espera de la atención en el turno de mañana, a uno de los padres o acompañante del cuidado del niño, que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo (consultorios externos), se les invitó a participar informándole sobre la importancia y confidencialidad de los datos y de la investigación. El tiempo empleado fue de 5 minutos.
2. ° Se firmó el consentimiento informado. (Ver anexo 01).
3. ° Se aplicó el primer *cuestionario autodiagnóstico de violencia intrafamiliar*, a uno de los padres o acompañante que estaba al cuidado del niño. Si el resultado denotaba presencia de violencia intrafamiliar, al niño se le consideró como caso de la muestra 1 (*m1*); si el resultado indicaba la no presencia de violencia intrafamiliar, al niño se le consideró como caso de la muestra 2 (*m2*). Tiempo 5 minutos. (Ver anexo 2).
4. ° El niño pasó al consultorio de crecimiento y desarrollo para ser evaluado.
5. ° En el ambiente donde se está evaluando el niño, se aplicó el segundo instrumento: *Ficha de tamizaje de violencia y maltrato* aprobado en las

Normas Técnico Administrativo del MINSA y por la estrategia del Control de Crecimiento y Desarrollo, dirigido al niño. El tiempo utilizado fue de aproximado 20 minutos. (Ver anexo 3).

6. ° *Hoja de la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño*, se aplicó al final que el niño fue evaluado: 1era.parte se recogieron los datos generales del niño y la segunda parte se recogieron los datos antropométricos y el diagnóstico que determinó la enfermera después de evaluar al niño, el tiempo utilizado 2 minutos. (Ver anexo 4).
7. ° El cuaderno de registro de los niños que acudieron a recibir la atención en el consultorio de CRED del primer al tercer trimestre, se codificó con el fin de no duplicar el nombre del niño que estaba considerado en el dentro del estudio.

Procesamiento para análisis de datos

Se utilizó un software SPSS 19 y Excel 2010, que permitió el análisis de la información recogida; el análisis inferencial de comparación de dos proporciones, se realizó a través la prueba de “Z”, los datos fueron tabulados, presentados en cuadros de frecuencia en los que se estableció la relevancia de algunas características de la muestra.

Criterios de rigor ético

La investigación básicamente se guio de los principios bioéticos de Elio Sgreccia,⁵⁴ entre los cuales tenemos:

El *principio de defensa de la vida física*, el cual se fundamentó en el respeto a la dignidad de la persona humana.

El *principio de libertad – responsabilidad*, donde el límite de la libertad humana es la responsabilidad. En la investigación se aplicó este principio

al brindar las facilidades para ejecutar la investigación. La investigadora, utilizó la información solo para fines de investigación.

El principio de sociabilidad y subsidiaridad, la persona está inserta en una sociedad que debe tender al bien común: cada hombre es responsable de su salud y de la salud de los demás; complementariamente, “todo el bien que puede hacer la persona por sí misma debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas en familia o en las libres asociaciones debe ser respetado”.

Este principio es aplicado en la investigación, con el fin de mejorar el sistema de información de la vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, así como la realización del bien común a través de la obtención de datos fidedignos para la formulación de indicadores básicos más eficaces, y de esta manera disminuir y prevenir este problema social.

Criterios de rigor científico

La rigurosidad científica “debe ser” importante para un evaluador/ investigador. Estos deben procurar efectuar sus estudios con una seriedad y sistematicidad que contribuya asegurar su adecuado desarrollo y el pertinente respaldo ante los resultados. De esta forma se enmarca la eficacia y calidad de la investigación.

Hay cuatro criterios que permiten la seguridad de una investigación:

Principio de Objetividad.-Este principio estuvo ligado a lo verificable y reproducible, se aplicó al demostrar la hipótesis a través de los resultados de la investigación.

Principio de confiabilidad.- La investigadora al recopilar, y analizar la información a través de la lista de cotejo así como por medio de la ficha de tamizaje de las personas que han sido violentadas, la investigadora se

debe abstenerse en fundamentar o emitir juicios y perjuicios a fin de mantener la seguridad de esta información.

Principio de validez.- Permite evaluar la consistencia de la investigación. A través de la fundamentación del marco teórico, los objetivos y de la hipótesis, y del análisis de las variables que este principio se aplicó en la presente investigación.

**CAPÍTULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Tabla N° 1

Datos demográficos de madres y cuidadoras de niños menores de cinco años que acudieron al consultorio CRED-H.R.D.L.M., 2012

Datos Demográficos	<i>Madres con violencia (m1)</i>		<i>Madres sin violencia (m2)</i>	
	n	%	n	%
Edad : Adulta	42	84.0	44	88.0
Otro	8	16.0	6	12.0
Estado civil : Soltera	32	64.0	36	72.0
Otro	18	36.0	14	28.0
G. de Instrucción : Superior	31	62.0	23	46.0
Otro	19	38.0	27	54.0
Ocupación : Ama de casa	39	78.0	33	66.0
Otro	11	22.0	17	34.0
Procedencia : Costa	35	70.0	44	88.0
Otro	15	30.0	6	12.0
Domicilio : Centro de Chic.	22	44.0	29	58.0
Otro	28	56.0	21	42.0
Tiempo de convivencia : 1 a 4 años	28	56.0	38	76.0
Otro	22	44.0	12	24.0
N° de Hijos : 1 hijo	21	42.0	34	68.0
Otro	29	58.0	16	32.0

Fuente: Cuestionario de Autodiagnóstico de V.I.- H.R.D.L.M., 2012.

Interpretación: Los datos demográficos de las madres y cuidadoras de los niños menores de cinco años que acudieron al consultorio CRED, correspondientes a (muestras de madres con violencia (*m1*) y madres sin violencia (*m2*)), que se investigaron arrojó similitud en los resultados y se obtuvieron los más altos porcentajes.

Tabla N° 2

Madres o cuidadora principal del niño menores de cinco años que presentó violencia intrafamiliar - consultorio CRED-H.R.D.L.M., 2012

Clasificación de Madres en Violencia	Nº	%
Sin violencia	0	0.0
Alerta	40	80.0
Ayuda institucional	8	16.0
Abuso peligroso	2	4.0
Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario de Autodiagnóstico de V.I.- H.R.D.L.M.,2012.

Interpretación: Los resultados sobre las madres o cuidadoras víctimas de violencia intrafamiliar (*mI*), basados en el clasificación del *cuestionario autodiagnóstico de violencia intrafamiliar* se determinó los diferentes calificaciones: en situación de alerta el 80 % positivo a la violencia intrafamiliar, significa que la violencia está en sus inicios y puede ir en aumento.

El 16% determinó que se necesita la ayuda institucional o de un personal de salud capacitado.

El 4% presentó abuso peligroso, sugiriendo en forma urgente, la posibilidad de dejar la relación de manera temporal o permanente, en este resultado ya se se necesita el apoyo legal.

Tabla N° 3

Niños menores de cinco años que viven en violencia intrafamiliar,

causada por padres y otros familiares, consultorio CRED-H.R.D.L.M., 2012.

Parentesco familiar causantes de violencia	Niños que viven en violencia Nº	%
Padres	44	88
Abuelos	1	2.0
Tíos	5	10.0
Primos	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	50	100.0

Fuente: Cuestionario de Autodiagnóstico de V.I.- H.R.D.L.M.,2012.

Interpretación: Niños que viven en violencia intrafamiliar originada por un miembro de la familia, en el presente cuadro: el 88 % es causado por los padres, el 10% por los tíos, y el 2% por los abuelos.

Tabla N° 4

Tipos de violencia intrafamiliar que presentaron los niños menores de cinco años en el consultorio CRED-H.R.D.L.M., 2012.

Tipos de Violencia	Niños en Violencia a Nº	%
Físico	5	10.0
Psicológico	45	90.0
Sexual	0	0.0
Abandono	0	0.0
Total	50	100.0

Fuente: Ficha de Tamizaje de V. I. del niño y adolescente H.R.D.L.M., 2012.

Interpretación: Los tipos de violencia estuvieron presente en la investigación fue física (10 %) y psicológica (90%) se observó durante la evaluación algunos niños irritables, llorosos no colaboradores al momento del control del CRED.

Tabla N° 5

Diagnóstico de alteración de crecimiento del niño menor de cinco años que viven en violencia intrafamiliar y niños menores de cinco años que viven sin violencia intrafamiliar: consultorio CRED-H.R.D.L.M.,2012.

Diagnósticos Alteración en el Crecimiento	Niños que viven en violencia Intrafamiliar (m1)		Niños que viven sin violencia Intrafamiliar (m2)	
	N°	%	N°	%
P/E (Peso para la Edad)				
Sobrepeso.	7	14.0	2	4.0
Desnutrición	0	.0	0	0.0
P/T (Peso para la Talla)				
Obesidad	0	.0	0	0.0
Sobrepeso.	0	.0	0	0.0
Desnutrición Aguda	0	.0	0	0.0
Desnutrición Severa	0	.0	0	0.0
Riesgo Nutricional	8	16.0	5	10.0
T/E (Talla para la Edad)				
Alto	0	.0	0	0.0
Bajo	0	.0	0	0.0
Sin alteración	35	70.0	43	86.0
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Hoja de Evaluación de CRED-H.R.D.L.M.,2012.

Interpretación: En la muestras 1 (m1) niños con problemas de violencia interfamiliar los resultados que se encontraron alterados fueron: el peso para la edad (P/E): sobrepeso, en un 14 % y el peso para la talla (P/T): riesgo nutricional el 16% y sin alteración70%, en la (m2))niños sin problema de violencia intrafamiliar los resultados también se presentaron alterados peso para la edad (P/E): sobrepeso, en un 4 % y el peso para la talla (P/T): riesgo nutricional el 10% y sin alteración 86%

Tabla N °6

Diagnóstico de alteración del desarrollo en el niño menor de cinco años que vive en violencia intrafamiliar, y niño menor de cinco años que vive sin violencia intrafamiliar: consultorio CRED-H.R.D.L.M.,2012

Diagnóstico de Alteración en el Desarrollo	<i>Niños que viven en violencia intrafamiliar(m1)</i>		<i>Niños que viven sin violencia intrafamiliar(m2)</i>	
	N°	%	N°	%
Riesgo para el trastorno del Desarrollo	1	2.0	0	0.0
Trastorno del desarrollo	17	34.0	6	12.0
Déficit del desarrollo	0	.0	0	0.0
Sin Alteración	32	64	44	88
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Hoja de Evaluación de CRED-HRDLM 2012

Interpretación: Se determinó que la (m1) presentó trastorno en el desarrollo (34%), y en (m2) presentó el 12% trastorno en el desarrollo.

Prueba de comparación de dos proporciones

En el crecimiento

Población 1: Niños de ambos sexos, menores de cinco años que viven en presencia de violencia intrafamiliar.

p_1 : Proporción de niños menores de cinco años con retraso en su crecimiento, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar.

Población 2: Niños menores de cinco años de ambos sexos, menores de cinco años que no viven en presencia de violencia intrafamiliar.

p_2 : Proporción de niños menores de cinco años con retraso en su crecimiento en un medio sin presencia de violencia Intrafamiliar

Hipótesis

H_0 : Las proporciones de niños menores de cinco años con retraso en su crecimiento, en un medio de violencia intrafamiliar, no difiere de aquellos donde no hay presencia de violencia intrafamiliar.

H_a : La proporción de niños menores de cinco años con retraso en su crecimiento, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar, es mayor que la proporción de niños con retraso de crecimiento, en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar.

$$H_0: p_1 = p_2$$

$$H_a: p_1 > p_2$$

- Nivel de significancia $\alpha = 0.05$, probabilidad de rechazar H_0 siendo cierta.
- Estadística de prueba

$$Z_0 = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})\left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right]}} \quad \text{Tiene la distribución normal estándar}$$

\hat{p}_1 = proporción de niños con retraso en su crecimiento, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar en la muestra.

\hat{p}_2 = proporción de niños con retraso en su crecimiento, en un medio sin presencia de violencia intrafamiliar en la muestra.

$$n_1 = n_2 = 50$$

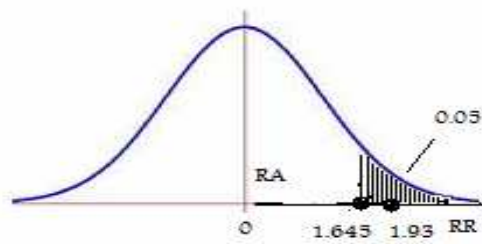
Cálculo de Z

$$\hat{p}_1 = \frac{15}{50} = 0.3 \quad \hat{p}_2 = \frac{7}{50} = 0.14$$

$$\hat{p} = \frac{15+7}{100} = 0.22$$

$$1 - \hat{p} = 1 - 0.22 = 0.78$$

$$Z = \frac{0.3 - 0.14}{\sqrt{0.22 \times 0.78 \left(\frac{1}{50} + \frac{1}{50}\right)}} = 1.93$$



El $p - valor = 0.0267$

Decisión: $p - valor = 0.0267 < 0.05 = \alpha$, se rechaza la H_0 .

Conclusión: p valor es 0.0267, se compara nivel de significancia 5%, que es igual a 0.05, dado que el valor 0.0267 es menor que 0.05, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa concluyendo que: La proporción de niños con retraso en su crecimiento, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar, es mayor que la proporción de niños con retraso de crecimiento en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar.

En el desarrollo

Población 1: Niños de ambos sexos, menores de cinco años que viven en presencia de violencia interfamiliar.

p_1 : Proporción de niños con retraso en su desarrollo, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar.

Población 2: Niños de ambos sexos, menores de cinco años que no viven en presencia de violencia interfamiliar.

p_2 : Proporción de niños con retraso en su desarrollo, en un medio sin presencia de violencia intrafamiliar.

Hipótesis

H_0 : Las proporciones de niños con retraso en su desarrollo, en un medio de violencia intrafamiliar, no se diferencian de aquellos donde no hay presencia de violencia intrafamiliar.

H_a : La proporción de niños con retraso en su desarrollo, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar, es mayor que la proporción de niños con retraso de desarrollo, en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar.

$$H_0: p_1 = p_2$$

$$H_a: p_1 > p_2$$

- Nivel de significancia $\alpha = 0.05$, probabilidad de rechazar H_0 siendo cierta.
- Estadística de prueba

$$Z_0 = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\hat{p}(1 - \hat{p}) \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

Tiene la distribución normal estándar

\hat{p}_1 = proporción de niños con retraso en su desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliar en la muestra.

\hat{p}_2 = proporción de niños con retraso en su desarrollo en un medio sin presencia de violencia intrafamiliar en la muestra.

$$n_1 = n_2 = 50$$

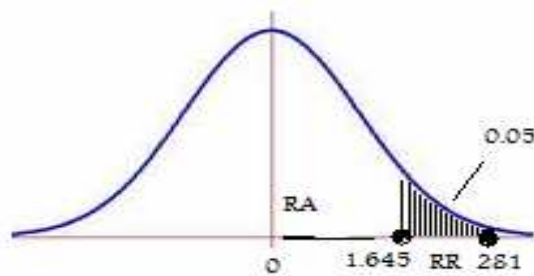
Cálculo de Z

$$\hat{p}_1 = \frac{18}{50} = 0.36 \quad \hat{p}_2 = \frac{6}{50} = 0.12$$

$$\hat{p} = \frac{18+6}{100} = 0.24$$

$$1 - \hat{p} = 1 - 0.24 = 0.76$$

$$Z = \frac{0.36 - 0.12}{\sqrt{0.24 \times 0.76 \left(\frac{1}{50} + \frac{1}{50} \right)}} = 2.81$$



El p -valor = 0.0025

Decisión: p -valor = 0.0025 < 0.05 = α se rechaza la H_0

Conclusión: p -valor es igual a 0.0025 menor 0.05, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa, por lo que se concluye en que: la proporción de niños con retraso en su desarrollo, en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor que la proporción de niños con retraso de desarrollo, en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar.

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

La familia es una comunidad fundamental para toda sociedad, en ella desarrollamos la capacidad de amar, y aprendemos a convivir de modo profundamente humano con los demás³⁵.

Marín A.³⁶ señala que es la familia como el conjunto de personas unidas por el vínculo de parentesco, formada por el padre, la madre, los hijos y sus descendientes; la familia es una de las instituciones fundamentales de nuestra sociedad. No podría existir sociedad sin la presencia de la familia, pues esta la provee de los elementos que la constituyen. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, ya que de esta pequeña estructura es donde se desenvuelven todas las soluciones o problemas que están presentes en ella.

La formación de estereotipos, actitudes, hábitos para actuar en una realidad concreta con valores éticos se da inicialmente en la familia. El crecimiento del niño y de todo individuo depende de una buena formación en valores estos lo definirán en un futuro como una buena persona. En este sentido, se podría decir que una buena sociedad tiene buenas familias y una buena familia hace buenos ciudadanos, con mucho amor entre sus integrantes.

Uno de los principales problemas que atraviesan las familias es la violencia intrafamiliar, llega a considerándose una pandemia por las altas tasas de prevalencia, causando gran impacto en muchas sociedades. En el Perú, a través de la Ley General de Salud³⁷ promulgada en julio de 1997, se plantea como un problema de salud pública y salud mental, constituyendo también una violación a los derechos humanos, pues atenta contra la integridad física y emocional de las personas,

comprometiendo a mujeres y niños de diferentes sexos, raza, grado de instrucción, procedencia, ocupación.

Así como lo expresan los resultados encontrados en la investigación: el estudio la madres o acompañantes de los niños que presentaron violencia, estuvieron dentro del promedio de edad de 42 años (92%), población en etapa de adultez temprana; Izquierdo A.³⁸ refiere que esta etapa se caracteriza por su vitalidad y potencialidad, alcanzando el máximo grado de tensión y estrés por las grandes preocupaciones de los familiares, cargas económicas, la responsabilidad como el matrimonio y estilos de vida, este grupo de edad adultez temprana, se considera la población más expuesta a la violencia intrafamiliar, que a otros problemas que afectan la salud como el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito y discapacidad.

En cuanto a la ocupación de las madres, muchos investigadores resaltan que los niños que estuvieron al cuidado de su madre lograron un mejor estado nutricional demostrando que nadie puede sustituir la atención proporcionada por la madre, en comparación con niños que estuvieron al cuidado de otros servidores o en ausencia de la madre, también refiere que la madre ejerce influencia en el niño, una separación temprana conlleva a altos niveles de vulnerabilidad a diferentes enfermedades³⁹, en la investigación se obtuvo en relación a la ocupación, que el 78 % de las madres se dedicaban al cuidado de sus hijos y las labores del hogar, sin embargo en las familias con problemas de violencia intrafamiliar, los niños presentaron alteración en el crecimiento, especialmente en el estado nutricional 14% con problema de sobrepeso y 16% en riesgo nutricional.

Asimismo, Salamanca A. et al⁴⁰ detalla que cuando se pone en marcha una estructura patriarcal dentro de la familia, donde la mujer, se ocupa

de la educación de los hijos y de su cuidado, siendo frecuente la figura del padre ausente, habría que comprender que la educación, no solo se inculca desde la presencia de uno de los padres, sino que desde la ausencia también se educa a los hijos, ya que éstos aprenden, no solo con lo que se les dice, sino también a partir de los comportamientos que observan.

Respecto al grado de instrucción, el 62% de las madres culminaron los estudios superiores. Mancinas S.⁴¹ refiere que un 29% de mujeres que tienen estudios secundarios completos o superiores han sufrido violencia, sin embargo, este porcentaje revela que el aumento de la escolaridad, por sí solo no es un factor preventivo de la violencia. El principal factor que influye positivamente en el estado del crecimiento y desarrollo del niño, en situaciones especialmente de pobreza, es el nivel educativo de la madre. Arroyo A. y Correa E.⁴² refieren que la disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas puede ser atribuida a un mejor nivel educativo de las madres, estas ofrecerán mejor calidad económica a su hogar y harán las carencias en la alimentación sean menores. En la investigación de las madres que vivían en estado de violencia intrafamiliar, el 62% tenía un nivel de educación superior.

En el Perú la ENDES⁴³, 2004, indica que el 42% de mujeres, alguna vez han sido agredidas físicamente por su esposo o compañero, en el departamento de Lambayeque. En los últimos 5 años el Ministerio de la Mujer reportó que durante este período se atendió un total de 7,434 casos de violencia intrafamiliar que incluían a niñas, niños, mujeres, adolescentes. Los casos atendidos corresponde: 72.3% a violencia psicológica; 23.9% a víctimas de violencia física y; un restante; 3.8 % a víctimas de violencia sexual.

El Ministerio de Salud (MINSA)⁴⁴ estima que 6 de cada 10 hogares viven en situación de violencia, el 37% de madres de niños menores de 5 años han sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de su actual o última pareja, la violencia intrafamiliar es una de las enfermedades no transmisibles, sujeta a notificación y vigilancia.

En la investigación, la población que presentó violencia intrafamiliar, estuvo conformada por 50 mujeres, de estado civil soltera el 62%, vivía dentro de familias estructuradas, y el 56% en condición de convivencia de 1 a 4 años. Ochoa S.⁴⁵ en su investigación: *Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer* afirma que la mitad de las mujeres casadas o convivientes ha experimentado situaciones de violencia conyugal alguna vez en su vida; el 16% ha experimentado violencia psicológica, y el 34% ha experimentado violencia física o sexual, o ambos tipos a la vez, generalmente acompañada de violencia psicológica. Huarcaya G.⁴⁶ en el análisis que realiza *Nuevos Rasgos en las Familias de Latinoamérica* concluye en que si la decisión de las personas adultas es formar una familia propia, no se puede dejar de considerar el impacto de la cohabitación en la estructura familiar y en el bienestar de los niños. A su vez Frugone G.⁴⁷ refiere que aunque los padres afirman que sus hijos no están informados de los problemas familiares, y entre el 40% al 80% están presentes mientras ocurre la violencia, el resto las escuchan desde la habitación o son testigos de las consecuencias, y entre el 45% al 60% de maltratos infantiles existen al mismo tiempo que los maltratos conyugales.

En la presente investigación, 70% procedía de la región de la costa, el 44%, de zona urbana (tabla 1), en esta zona se presume que acceden con mayor facilidad a un desarrollo profesional y personal. Al respecto, Almachiara D. y Molina Y.⁴⁸ en un estudio realizado en Nicaragua

refieren que el 57,4% de mujeres que presentaron violencia intrafamiliar residían en el área urbana; los más altos indicadores son siempre presentados en la zona rural o marginal. Sostiene Ochoa S.⁴⁵ que “la violencia está presente en todos los estratos socioeconómicos y causando consecuencias como detalla: que el 39% de las mujeres del estrato alto y medio alto, en alguna oportunidad, han sufrido violencia; en el estrato medio el 45% de las mujeres han vivido situaciones de violencia con la pareja, ocasionándoles un mayor número de trastornos en su salud mental”; por lo que se puede concluir que la violencia no exonera educación, ni nivel socioeconómico.

Basados en el cuestionario de Autodiagnóstico de violencia intrafamiliar de Cáceres A. et al⁴⁹, se determinó a través de los diferentes puntajes, la clasificación de violencia intrafamiliar sufridas por las madres o acompañantes que acudieron con sus niños al consultorio CRED, (tabla 2). Cabe precisar que estos diagnósticos se obtuvieron con fines de la investigación, pero es frecuente que a pesar que la madres acuden con sus niños al control CRED y presentan estos signos de violencia familiar, no son detectados por el personal de enfermería. Al respecto, Sarquis L.⁵⁰ sustenta que un niño que se desarrolla en un medio de violencia, donde es testigo de los maltratos a su madre, puede presentar síntomas que afectan su conducta de interiorización: tristeza, aislamiento, molestias somática, miedo, ansiedad; y conductas de exteriorización, como: agresión, crueldad con los animales, desafío a la autoridad, destructividad y trastorno de las relaciones sociales fracaso escolar, malas relación con los compañeros, no participativo en actividades recreativas, en el futuro esto niños muestran predisposición para maltratar o convertirse en víctimas de los maltratos de su pareja. El problema de violencia no se resuelve fácilmente se necesita del apoyo de un profesional capacitado,

porque la persona que sufre de violencia puede estar en riesgo de muerte o en peligro de su salud.

En las familias donde hay violencia intrafamiliar, existe maltrato infantil UNICEF ⁵¹ define niño maltratado: como víctima que sufre ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. Coincidimos con la para la OPM/OMS⁵² que niño es un ser independiente, psicoafectivo y biológico, con permanente potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo, que tiene una familia, una comunidad y un medio ambiente a los cuales pertenece, de donde hereda factores sociales, culturales, económicos y políticos.

Los padres deben proteger a sus hijos, pero muchas veces guardan silencio frente a una situación de violencia por parte de uno de ellos o algún miembro de la familia. El 70% de las mujeres que vive violencia física declaró que sus hijos habían presenciado tales episodios; en la presente investigación, la muestra 1 (*m1*) conformada por un total de 50 niños presentaba un problema de violencia originada por los padres en un 88%; otros familiares (como tíos), el 10%; y 2% por abuelos (tabla 3). Corroborar esta información Carreño P.⁵³ quien reporta que los principales victimarios de los niños en la violencia intrafamiliar son los padres con el 62,3 %; siguen los abuelos, hermanos, tíos con el 7 %, otros familiares como padrastro con el 8,5 %, considerando como lugar principal de ocurrencia de la violencia el hogar con el 62,5%. Gonzales J.⁵⁴ manifiesta que la experiencia de violencia en la niñez es un factor fuertemente asociado a la existencia de violencia en la pareja y que incluye a otros familiares que tienen vínculos consanguíneos señala que los familiares, con convivencia o no, en el mismo lugar de residencia,

como la violencia ejercida por familiares: primos, tíos, sobrinos, cuñados, abuelos; una de las consecuencias de estos niños, que nacen y crecen en este ambiente de violencia, es que tienen una probabilidad de ser futuros adultos que estarán inmerso en relaciones violentas, Carreño P.⁵³ en su investigación *Comportamiento de la violencia intrafamiliar de Colombia* concluye que el 71% de los casos, los agresores no son denunciados por temor o por el compromiso de las relaciones de parentesco .

Como afirma Orejuela L.⁵⁵ que la tercera parte de los niños que sufrieron abusos o viven expuestos a violencia paterna o materna se convierten en adultos maltratadores, así también Patró R. y Limiñana R.⁵⁶ manifiestan que los niños aprenden a definirse a sí mismos, a entender el mundo y cómo relacionarse con él a partir de lo que observan en su entorno más próximo, concluyen diciendo que ser testigo de la violencia doméstica aumenta la violencia general.

Los tipos de violencia que presentaron los niños de la presente investigación fueron física 7.5% y psicológica 92% (tabla4), es decir, niños violentados a través del maltrato emocional, hostigamiento verbal habitual, que puede recibir un niño a través de insultos, críticas, así como el constante bloqueo de sus iniciativas, la indiferencia o rechazo; manifestándose niños irritables, llorosos no colaboradores al momento de control CRED.

El MINSA⁵⁷ considera el maltrato físico en el niño, como a toda agresión física no accidental por parte de los padres o cuidadores, que como producto del castigo único o repetido le provoque daño físico o enfermedad de magnitud y características variables con consecuencias observables y medibles. Pinheiro P.⁵⁸ en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas, sustenta que en la violencia física y emocional; destacan dos formas: El castigo físico y

humillación, que las personas adultas ejercen con la intención de corregir una conducta no deseable y enseñar nuevas conductas que se consideran importantes para el desarrollo de la niñez. Estos tipos de maltratos que se aplican a través del uso de la fuerza causan dolor o daño físico o emocional a la persona agredida.

En la investigación se encontró alteración de crecimiento, reflejado en el estado nutricional en un 16 % (*m1*) y 10 % (*m2*) (Tabla 5), así en un ambiente con violencia familiar no favorece el crecimiento normal de un niño y si a esto se le agrega el desconocimiento de aspectos nutricionales de la madre el problema se agudiza. En un ambiente sin problema de violencia familiar el desconocimiento de las madres sobre aspecto nutricional juega un rol importante en la vulnerabilidad a estos problemas, tal como lo afirma Duran B.³⁹.

En cuanto a la alteración del desarrollo se determinó que en la muestra 1 (*m1*) niños con problema de violencia intrafamiliar presentaron trastornos en el desarrollo 34%; y en la muestra (*m2*) niños sin problema de violencia presentaron 12% casos con trastorno en el desarrollo, datos que se corroboran con los referidos en el informe de actividades de atención integral de Salud del niño del HRDLM, en el año 2011, donde de un total de 819 niños atendidos, el 89% presentaron trastornos o retraso en el desarrollo.

Se considera trastorno en el desarrollo cuando el niño no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en lectura del perfil es decir, ambos grupos se observó este problema.

Así pues un ambiente con violencia familiar no favorece el desarrollo normal de un niño, ya que este depende del grado de estimulación y la demostración de afecto por parte de los padres a través del juego y el fortalecimiento de su autoestima, tal como lo afirma Aguilar J.⁵⁹ Además, Sotillo C. y Mardomingo M.⁶⁰ refieren que los ambientes familiares estables y con un buen clima afectivo proporcionan a sus miembros seguridad y afecto, elementos indispensables para un buen funcionamiento psicológico, tanto personal como social. Un grado elevado de conflictividad entre los padres incrementa en los hijos sentimientos de tristeza, malestar e infelicidad

En un ambiente sin problema de violencia familiar puede que no haya un desarrollo normal, debido a que a pesar de que las madres son informadas de la estimulación temprana, esta no es puesta en práctica en el hogar porque no le dan la importancia y masbien refuerzan la sobreprotección que se merece , considerando mayor sobreprotección del niño, afirmando que la estimulación temprana es el conjunto de acciones con base científica aplicada sistemáticamente y secuencial en la atención del niño, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos proporcionando al niño experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas cognitivas, emocionales y sociales.³²

Finalmente, se afirma que un ambiente de violencia intrafamiliar afecta el crecimiento y desarrollo del niño. Se pudo determinar una relación de asociación entre violencia intrafamiliar y el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, se concluyó que la proporción de niños con retraso en su crecimiento y desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor que la proporción de niños con retraso de crecimiento y desarrollo en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar.

CONCLUSIONES

1- Sí existe asociación entre la violencia intrafamiliar y el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años del H.R.D.L.M.- Chiclayo, 2012. La proporción de niños con retraso en su crecimiento en un medio con presencia de violencia intrafamiliares es mayor que la proporción de niños con retraso de crecimiento en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar (p -valor = 0.0267). La proporción de niños con retraso en su desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliares es mayor, que la proporción de niños con retraso de desarrollo en un medio donde hay ausencia de violencia intrafamiliar (p -valor = 0.0025).

2- La frecuencia de violencia intrafamiliar en la madre y el niño menor de cinco años del H.R.D.L.M.-Chiclayo, 2012 es como sigue: 50 de las madres o cuidadoras del niño presentaron violencia intrafamiliar; de acuerdo a la clasificación: 40 (80%) en estado de Alerta, 8(16%) en estado de ayuda institucional y 2 (4%) en estado de e abuso peligroso.

En cuanto a los niños se encontró que presentaron violencia intrafamiliar 5 (10%) fue de tipo violencia física y 45 (90%) de tipo psicológica.

3- La frecuencia de la alteración del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años del H.R.D.L.M-Chiclayo, 2012 es como sigue: En cuanto a la alteración del crecimiento se encontró que en la muestra (m1), el peso para la edad (P/E): sobrepeso en un 14% y el peso para la talla (P/T): riesgo nutricional en un 16%. La (m2) también presentó alteración en el peso para la edad (P/E): sobrepeso en un 4% y el peso para la talla (P/T): riesgo nutricional el 10%.

Así mismo, en cuanto al desarrollo, se determinó que en la (m1), se encontró trastorno en el desarrollo (34%), y en la muestra (m2) el 12% trastorno en el desarrollo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Al personal de enfermería que labora en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional Docente Las Mercedes: que desarrolle en forma integral la aplicación de la norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, y fortalezca la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, a través de la captación de los casos y la aplicación de la ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil, de tal manera que logre la detección precoz de riesgos, alteraciones, trastornos que puede ser ocasionados por la violencia intrafamiliar.
- 2.- A las instituciones formadoras, para que impulsen estudios sobre esta problemática, siguiendo las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2010-2014, donde se priorizó como necesidad de investigación la temática de salud mental para la región Lambayeque, y así fortalecer políticas gubernamentales que beneficien el cuidado del niño, debido a que la violencia intrafamiliar es un problema que afecta el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.
- 3.- A las autoridades del sector Salud y otros, para que a la luz de los resultados de esta investigación sirva de reflexión para que se priorice intervenciones de prevención de la violencia intrafamiliar, a partir de un trabajo multisectorial.

Referencias Bibliográficas

1. OMS. Informe Mundial sobre la Violencia Salud. Ginebra. Ginebra, Suiza; 2002, pag. 15 -33
2. MONTAÑO, S. Ni una Más, El Derecho a Vivir una Vida Libre de Violencia en América Latina y el Caribe. CEPAL, Argentina, 2007.
3. PÉREZ, M. Violencia Intrafamiliar. Revista Jurídica. Boletín Mexicano, N° 95, 1999; 1-37.
4. ESPÍN C, VALLADARES A , ABAD J, et al. Violencia un Problema de Salud, Cubana. Med. Gen Integr. 2008 ; 6 : 1-6.
5. DURAND J, SCHRAIBER L, FRANCA I,BARROS C. Repercussão da Exposição à Violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos, Brasil, Universidadde de São Paulo,2010.
6. NAVARRO A, REVELO V, Violencia Intrafamiliar en un área de Salud, Cubana Med Gen Integr . Ciudad de La Habana, 2005: v.21 n.1-2.
7. UNICEF. Programa de Cooperación Perú UNICEF, 2010.
8. SUSHMA, K. La Violencia Domestica contra mujeres y niñas, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF Florencia – Italia.2000; N° 6; 2-26.
9. ARON, A. Un Programa de Educación para la Violencia, FONDEF-Universidad Católica de Chile, 1993.
10. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 990 –: Aprobación de Norma Técnica de Control de Crecimiento y Desarrollo de Niño Niña menor de cinco años MINSa, 2010.
www.saludlaconvenio.gob.pe/.../crecimiento/NORMA%20TECNICA
Consultado 15 noviembre 2012.
11. CABEZAS, C. Prioridades de investigación en Salud en el Perú 2010-2014:
La experiencia de un proceso participativo y descentralizado:
www.ins.gob.pe consultado 15 noviembre, 2012.
12. CARRASCO, J. *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica Centinela de la Violencia Intrafamiliar*: 1era. Ed. Lima – Perú: MINSa-OGE, 2008.

13. SOOCCIO, C. et al en la investigación, La Dinámica Familiar en la Visión de los Padres y Niños Involucrados en Violencia Intrafamiliar contra Niños y Adolescentes. Brasil ,2007.
14. COOL-VINENT B. et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Barcelona –España, 2008.
15. ALGERI S, SOUZA. LM, La Violencia contra si hay niños chi y adolescentes: un desafío en el trabajo de Lente dai de enfermería mente, Rey, Latino-am Enfermagem , 4ta ed. México, 2006.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, www.who.int/violence_injury consultado diciembre, 2012.
17. CANTO, M. Reinserción Social Experiencia desde la Familia. Tesis para optar el título de psicología, Universidad de Bio-Bio ,Chile,2013.
18. CABALLERO, S. Organización de Redes para la prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar, www.ops.org.bo consultado 15 de enero, 2013.
19. MACHINEA, J, Guzmán H, Espíndola E, et al , Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, Santiago de Chile.2005.
20. CIE 10, Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª CIE. : www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/cie10/cie10.pdf , Consultado 18 enero, 2013.
21. ESPINOZA, Mª. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración, Dirección General de la Mujer de la CAM, Madrid, 2003.
22. KASHANI JH, DANIEL AE, DANDY AC, HOLCOMB WR, Family violence: impact on children. 2006.
- 23.- MINISTERIO DE SALUD –MINSA. www.minsa.gob.cl/portal/url.pdf consultado 16 enero,2013.
24. PINHEIRO, P. Como eliminar la violencia contra los niños y niñas, Documento para Parlamentario UNICEF- N° 13, 2007.

- 25.- SORIANO, F. Promoción del Buen Trato y Prevención del Maltrato en la Infancia en el Ámbito de la Atención Primaria de la Salud. España: PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Centro Reina Sofía, 2005.
26. VALENZUELA,S. Violencia Intrafamiliar como Factor de Riesgo en la Mujer Embarazada y en su Producto. [Tesis de Maestría en Ciencias Médicas].Colima México .Universalidad de Colima de México, Facultad de Medicina, 2004, pág. 1-49.
27. GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE .Acta de Acuerdos de Taller Regional “Identificación de Prioridades de Investigación en Salud, Chiclayo, 2009.
28. MINISTERIO DE SALUD, MINSA Dirección General de Salud. Norma Técnica de Salud para el control del Crecimiento y Desarrollo del niño menor de cinco años. Lima, 2010.
29. CONCHA A; VILLAVECES A. Guías para el diseño, implementación y evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones, OPS, 2001.
30. MARTÍN, P .Estado de Nutrición en el Perú- UNICEF. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011
31. OSORIO J; WEISTAUB G; *Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones*, Instituto Nutricional y Tecnología Alimentaria; Chile. Nur Universidad de Chile, 2002, vol 29, N° 3
32. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO DESARROLLO de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años” Resolución Ministerial N° 990-2011-MINSA; consultado el 20 enero, 2013. [spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dtl?f=id\\$id...peru\\$an...0](http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dtl?f=id$id...peru$an...0)
33. DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ; consultada 20 enero, 2013. Disponible en : www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/wfp199553/Desnutrición.pdf

34. SGRECCIA M. *La Bioética Personalista: En vida y Ética*. Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, 2001.
35. GONZALO, L. La Familia y algunas cuestiones de Bioética; Congreso Internacional Teológico Pastoral; V Encuentro Mundial de las Familias con el Papa ; Valencia 2016 ; consultado 25 enero, 2013.
http://www.uprait.org/archivio_pdf/familia_y_bioetica.pdf
36. MARÍN, A. *El Estudio de la Realidad Social*, Editorial EUNSA; España, 2011
37. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ; Ley General de Salud N° 260842 promulgada; julio 1997; consultada: 3 febrero, 2013.
38. IZQUIERDO, A. Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta Teorías y Contextos; Revista Complutense de Educación: Madrid; Vol.16, N° 2, 2005, consultado 5 febrero, 2013.
<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/16845>
39. DURAN, B. La Ocupación de la Madre como Factor Determinante del Estado de Nutrición de Niños Menores de 7 años de Ciudad de Juárez; tesis ; Licenciatura de Nutrición ; Universidad Autónoma de la Cuidad de Juárez ; México, marzo, 2009.
40. SALAMANCA A, MARTÍN J, APARICIO D, SÁNCHEZ S. Rol de los Hijos en la Violencia Contra la Mujer Inflingida por su Pareja: Revista Internacional del Cuidado de Salud Familiar y Comunitaria, rev. Digital 2011 , 7 (2) . Madrid –España. Disponible, consultado 15 febrero, 2013, <<http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7747.php>>
41. MANCINAS, S. Factores de riesgo asociados a al violencia familiar contra las personas mayores en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, Tesis; Universidad Autónoma de Nuevo León ; Mexico , 2007.
42. ARROYO A, CORREA E. El Cambio en la estructura Social: las Mujeres Trabajadoras y la Familia: referencia online vol. 15 (8) 1-3 ; marzo 2008, consultado 10 febrero, 2013.
<http://www.mdemujer.org.mx/femu/revista/0102/0102art01/art01pdf>

43. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR: ENDES- Perú 2004 -2005, Disponible en: desa.inei.gov.pe/endes/recursos/endes2004-05_informe.pdf , 2do semestre 2011 Fundación INDEX ,consultado 15 febrero, 2013.
44. MINISTERIO DE SALUD, "Protocolos de Vigilancia Epidemiológica" .Lima MINSA, OGE; 2005. Consultado 16 febrero, 2013.
www.gycperu.com/.../Sistema%20Comunal%20de%20Vigilancia%20Epi.
45. OCHOA, S. Factores Asociados a la Presencia de Violencia Hacia la Mujer, Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE); Edición: Oficina Técnica de Difusión del INEI; Lima –Perú, 2002.
46. HURCAYA, G. Nuevos Rasgos en las Familias de Latinoamérica; Instituto de Ciencias para la Familia; ACEPRENSA, Universidad de Piura rev. N° 57/13,
47. FRUGONE, G. Diagnostico sobre la situación de niños y niñas adolescentes en 21 países de América Latina; Informe de Noticias Aliadas; Save the Children – Lima, 2003.
48. ALMACHIARA D, MOLINA, PATH J Mapeo de las Comisarías de la Mujer y la Niñez, CEPLES, Quito, Ecuador,2008.
49. CÁCERES A, Y COL. Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar Servicio Nacional de Mujer Chile. Programa Estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer; Tamaulipas, Gobierno del estado. Consultado 18 febrero, 2013.
www.tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp.
50. SARQUIS L, La mayor parte de los actos de violencia contra los niños se producen en el ámbito familiar, centro de estudios de ciencias económicas jurídicas y sociales. La verdadonline.com; Junín, 2013.
Consultado el 03 marzo 2013 www.bice.org/maltrato-infantil
51. FONDO DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. UNICEF; El Maltrato deja Huella, Manual para la detección y la orientación de la violencia intrafamiliar Santiago de Chile, 2007.

52. ORGANIZACIÓN MUNDIL DE LA SALUD, OMS Patrones de Crecimiento Infantil; Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, consultado 28 febrero, 2013. www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf
53. CARREÑO, P Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar de Colombia Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses Bogotá, consultado el 20 de febrero, 2013. fpv.org.co/images/repositorioftp/capitulo1y7.pdf
54. GONZÁLES, J. Violencia Intrafamiliar: Una forma de relación, un Asunto de derechos humanos.-2002.
55. OREJUELA, L. Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar, Save the Children , Barcelona,2007 consultado 25 febrero 20013. http://www.uprait.org/archivio_pdf/familia_y_bioetica.pdf
56. PATRO, R y LIMIÑANA, R Víctimas de violencia familiar consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas, Publicación de la Universidad de Murcia, Murcia, España. 2005, vol.21, N° 1 ,11-7.
57. MINISTERIO DE SALUD, MINSA, Maltrato infantil consultado 20 febrero 2013 sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v54n2/pdf/a12.pdf
58. PINHERO P. El Imperativo Ético de eliminar contra la Niñez Foro de la Red Global de las religiones a favor de la niñez, Japón 2008, consultado 25 de febrero 2013 www.gnrc.net/es/aboutus/Thirdforum/pinheiro.html
59. AGUILAR J. Tratado de Enfermería del Niño y el Adolescente ; Cuidados de Pediatría: Elsevier 2da Edición, España, 2012, pag.38-40
60. SOUTULLO C, MARDOMINGO M, Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Editorial Médica Panamericana, España, 2010, pag.57 -93.

ANEXOS

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “Violencia Intrafamiliar Asociado al Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de Cinco Años –H.R.D.L.M, Chiclayo, 2012

RESOLUCIÓN NÚMERO:

PATROCINADOR: Mgtr. Liseth Rodriguez Cruz.

INVESTIGADORAS: Lic. Enf. Nelly G. Sirlopú Garcés

LUGAR: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

NÚMEROS DE TELÉFONO: 979366925.

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted y/o familia decidan participar en el estudio, por favor, lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

Se ha escogido su participación ya que Ud. _____
y su relato puede contribuir a mejorar la situación abordada.

La participación de esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un test y un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Sus respuestas en el cuestionario serán identificadas a través de un seudónimo, por lo tanto, serán anónimas.

Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante los instrumentos le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por:

Lic. Enf. Nelly G. Sirlopú Garcés

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es "Violencia Intrafamiliar Asociado al Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de Cinco Años – H.R.D.L.M, Chiclayo, 2012.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Lic. Enf. Nelly G. Sirlopú Garcés al teléfono 979366925.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Lic. Enf. Nelly G. Sirlopú Garcés al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2

Nº _____

CUESTIONARIO: AUTODIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR – HRDLAM-2012

El presente Cuestionario es de carácter voluntario, el cual tiene como objetivo determinar presencia de violencia intrafamiliar. Se pide su valiosa colaboración voluntaria. Los resultados del presente trabajo son netamente confidenciales y de interés para la investigadora. Solicitamos la veracidad en las respuestas. Lea detenidamente y llene los espacios en blanco de acuerdo con lo que se le solicita y marque con un aspa (X) la respuesta que usted cree conveniente:

SI - A veces - Rara vez. No.

Datos Generales

Fecha _____ Edad _____ Estado Civil: 1.-S -2.- C -3.- CV - 4.-V -5.- D - Sexo 1.- M 2.- F

Tiempo de convivencia _____ Procedencia: 1.- Costa _____ 2.- Sierra _____ 3.- Selva _____

Domicilio: 1.- Centro de Chiclayo _____ 2.- Urbanización _____ 3.- Zona Periférica _____

Escolaridad: 1.-Sin Nivel _____ 2.-Primaria _____ 3.-Secundaria _____ 4.-Superior _____

Ocupación: 1.-Ama de Casa _____ 2.-Trabajo Independiente _____ 3.-Trabajo Dependiente _____

Nº de Hijos _____

Nº		Si 3	A V e c e s 2	Rara Vez 1	No 0
1	¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?				
2	¿Te acusa de infidelidad o actúa en forma sospechosa?				
3	¿Has perdido contacto con amigos, familiares, porque tu pareja se enoja?				
4	¿Te critica, te humilla en tu casa por tu forma de ser y el modo como				

	desempeña las tareas?				
5	¿Controla estrictamente el dinero que te entrega originando discusión?				
6	Cuando quiere que cambies tu comportamiento ¿te presiona con la indiferencia o el dinero?				
7	Tu pareja tiene cambios bruscos de humor ¿Se comporta diferente contigo en público o frente a otras personas				
8	¿Sientes que estas en permanente tensión y que hagas lo que hagas, él o ella se irrita o te golpea?				
9	¿Te ha golpeado con sus manos, con objeto o te ha lanzado un objeto cuando se enoja?				
10	¿Te ha amenazado con un objeto, con matarse él o a ti ó algún otro miembro de la familia?				
11	¿Sientes que sedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tenerlas?				
12	¿Después de un episodio violento él ¿Se muestra cariñoso (a) y atento, te regala cosas y te ofrece que nunca más te volverá a golpear o insultar y te ofrece que todo cambiará?				
13	¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (de enfermería, religiosa , legal, policial , psicológica médica)				
14	¿Es violento con los hijos, hijas o con otras personas?				

15	¿Ha sido necesario llamar a la policía o has intentado, al sentir que tu vida o la de otros de los miembros de tu familia esta puesta en peligro por tu pareja?				
----	---	--	--	--	--

Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar .Cáceres Ana y otro colaboradores del Servicio Nacional de la Mujer-Chile.

Sí	: 3 puntos.
A veces	: 2 puntos.
Rara Vez:	1 punto.
No	: 0 punto

Puntaje
35 a 45 puntos: Positivo a violencia intrafamiliar – Abuso Peligroso.
23 a 34 puntos: Positivo a violencia intrafamiliar - Ayuda Institucional.
12 a 22 puntos: Positivo a Violencia Intrafamiliar _ Alerta.
0 a 11 puntos: Puede haber violencia Intrafamiliar en el hogar pero se puede resolver en esta – Sin violencia

Gracias por su atención



Anexo 3

FICHA DE TAMIZAJE
VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.																																												
Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a la preguntas:																																												
Pregunte:																																												
Al adulto (a)																																												
¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Quién? _____																																										
Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña																																												
¿Su hijo es muy desobediente? ¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																											
Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Físico</th> <th></th> <th>Sexuales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables</td> <td><input type="checkbox"/> Llanto frecuente</td> <td><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras</td> <td><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.</td> <td><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.</td> <td><input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras</td> <td><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto etc.</td> <td><input type="checkbox"/> Tartamudeo</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos etc.</td> <td><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño)</td> <td><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas con el apetito</td> <td><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.</td> <td><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enuresis (niños)</td> <td><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.</td> <td><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.</td> </tr> <tr> <td>Psicológico</td> <td><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.</td> <td><input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en si mismo</td> <td><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.</td> <td><input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aliño.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tristeza depresión o angustia.</td> <td><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</td> <td><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraimiento</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> fatiga, sueño, hambre</td> </tr> </tbody> </table>			Físico		Sexuales	<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).	<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras	<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.	<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.	<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.	<input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras	<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños.		<input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto etc.	<input type="checkbox"/> Tartamudeo		<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos etc.	<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.		<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño)	<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.		<input type="checkbox"/> Problemas con el apetito	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.	<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.	<input type="checkbox"/> Enuresis (niños)	<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.	<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.	Psicológico	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.	<input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes.	<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en si mismo	<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.	<input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aliño.	<input type="checkbox"/> Tristeza depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo	<input type="checkbox"/> Retraimiento		<input type="checkbox"/> fatiga, sueño, hambre
Físico		Sexuales																																										
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños).																																										
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras	<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.	<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.																																										
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables.	<input type="checkbox"/> Demanda excesiva de atención	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual.																																										
<input type="checkbox"/> Marcas de mordeduras	<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños.																																											
<input type="checkbox"/> Lesiones de perineo, vulva, recto etc.	<input type="checkbox"/> Tartamudeo																																											
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca mejillas, ojos etc.	<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar.																																											
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño interrupciones del sueño)	<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.																																											
<input type="checkbox"/> Problemas con el apetito	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar.	<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.																																										
<input type="checkbox"/> Enuresis (niños)	<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.	<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud.																																										
Psicológico	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico.	<input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes.																																										
<input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en si mismo	<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas.	<input type="checkbox"/> Descuido en higiene o aliño.																																										
<input type="checkbox"/> Tristeza depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo																																										
<input type="checkbox"/> Retraimiento		<input type="checkbox"/> fatiga, sueño, hambre																																										

Anexo: 4

N° _ _ _

Hoja de la Evaluación del Crecimiento y Desarrollo del Niño

Datos Generales

Fecha _____ Edad_ a ___ m ___ d _____ Sexo 1-M 2F

Escolaridad : 1-Si nivel _____ 2-Inicial _____

Peso _____

Talla _____

Instrucción: Marcar con una x según corresponda

1- Control del Crecimiento : Estado Nutricional

Ganancia Inadecuado de Peso o Talla	Sobre Peso	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Obeso	Normal
4	5	2	1	6	3

2- Control del Desarrollo

Déficit de riesgo del desarrollo	Trastorno Retraso del desarrollo	Normal
1	3	2

Indicadores de acuerdo a la edad del niño

Indicador	Grupo de edad a utilizar
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	≥a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	≥a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	≥a 29 días a < 5 años.

El estado Nutricional del recién nacido: peso para la edad gestacional se detalla:

Punto de corte	Clasificación
< P 10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para su edad gestacional.
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Fuente: Center forDisease Control CDC 2000.

Para la clasificación del estado nutricional de niños menores de 29 días a menores de 5 años se detalla en el siguiente cuadro:

Punto de corte	Peso por edad	Peso para talla	Talla para edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla bajo
< - 3		Desnutrición severa.	

Fuente: Adaptado de WorldHealth Organización (2006)

Aplicando la fórmula

α	0,05
$(1-\alpha/2)$	0,975
β	0,05
$(1-\beta)$	0,95
$Z(1-\alpha/2)$	1,96
$Z(1-\beta)$	1,64
p_1	0,17
p_2	0,50
$p =$	0,335
n	50

Estrato	N° de niños	Wh				Población ₁		Población ₂	
< 1 año	2850	0,714				36			
1 año	695	0,174				8			
2 años a 5	446	0,112				6			
TOTAL	3991	1,000				50			

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$n. = 50$

Muestras por Grupo de edades:

Grupo de Edad	<i>Muestra₁</i>	<i>Muestra₂</i>
	N°	N°
< de 1 año	36	36
1 año	08	08
2 a 5	06	06
Total	50	50

Tabla N° 7. Madre o cuidadora principal según Edad, Consultorio CRED H.R.D.L.M,2012.

Grupo	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
Adolescente	4	08	6	12
Adulta	46	92	44	88
Total	50	100.0%	50	100,0%

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N° 8: Madre o cuidadora principal según Estado Civil, Consultorio CRED HRDLM 2012.

Estado civil	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
Soltera	32	64	36	72
Casada	18	36	13	26
Viuda	0	0	0	0
Divorciada	0	0	1	2
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N°9: Madre o cuidadora principal según Grado de Instrucción, Consultorio CRED- H.R.D.L.M, 2012.

Grado de Instrucción	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
Sin Nivel de estudios	0	0	1	2
Primaria	0	0	0	0
Secundaria	19	38	21	42
Superior	31	62	23	46
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N° 10: Madre o cuidadora principal según Ocupación, Consultorio CRED H.R.D.L.M, 2012.

Ocupación	Ocupación			
	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
Ama de Casa Trabajo	39	78	33	66
Independiente Trabajo	5	10	9	18
Dependiente	6	12	8	16
Total	50	100.0%	50	100.0%

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N° 11: Madre o cuidadora principal según Lugar de Procedencia, Consultorio CRED. H.R.D.L.M, 2012. Población (p 1) y Población (p 2)

Procedencia	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
Costa	35	70	44	88
Sierra	10	20	5	10
Selva	5	10	1	2
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N° 12: Madre o cuidadora principal según Domicilio, Consultorio CRED H.R.D.L.M, 2012.

Domicilio	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
Centro de Chiclayo	22	44	29	58
Urbanización	10	20	11	22
Zona Periférica	18	36	10	20
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N° 13: Madre o cuidadora principal según Tiempo de Convivencia, Consultorio CRED H.R.D.L.M, 2012.

Tiempo de Convivencia	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
1 -4 años	28	56.0	38	76.0
5-9 años	16	32.0	9	18.0
10 años a +	6	12.0	3	6.0
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012

Tabla N° 14: Madre o cuidadora principal según Número de Hijo por familia, Consultorio CRED- H.R.D.L.M, 2012.

N° de Hijos	<i>m1</i>		<i>m2</i>	
	n	%	n	%
1 Hijo	21	42.0	34	68.0
2 Hijos	18	36.0	12	24.0
3 a + Hijos	11	22.0	4	8.0
Total	50	100.0	50	100.0

Fuente: Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar-HRDLM-2012