

UNIVERSIDAD AMERICANA

UAM

FACULTAD DE MEDICINA



ESTUDIO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

COMPORTAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AMERICANA. II SEMESTRE 2011.

Autor:
Nester I. Grez

Tutor:
Dr. Oscar Bravo Flores
Especialista en Medicina Forense

This block contains several handwritten signatures and initials in black ink. One signature is clearly legible as 'Nester I. Grez'. There are also other stylized signatures and initials, including one that appears to be 'Oscar Bravo Flores'.

Managua, Nicaragua
Octubre 2011.

I. INTRODUCCIÓN

En Nicaragua al igual que muchos países de Latinoamérica, miles de niños no escapan de la tragedia del Maltrato Infantil. En la década de los años ochenta la sociedad nicaragüense y el gobierno comenzó a manifestar interés y preocupación por este sector de la sociedad, implementando programas sociales centrados en la atención de los menores de edad, a través de la creación de guarderías, centros de desarrollo infantil, acceso a la salud y educación, como también campañas de educación masiva dirigida a los diversos sectores de la sociedad. Otros aspectos que no se pueden omitir han sido la promulgación de leyes dirigidas a proteger los derechos de los niños (Código de la Niñez y la Adolescencia, 1995), la creación del Ministerio de la Familia (1996), como también la promulgación de la Ley 260 (Ley Orgánica del Poder Judicial) y la creación del Instituto de Medicina Legal, centro de referencia en donde se realizan los peritajes médico legal de los casos denunciados por maltrato infantil y la realización de autopsias judiciales en casos de menores de edad fallecidos en circunstancias sospechosas de criminalidad, en donde los resultados (el dictamen médico legal) es un elemento de prueba para esclarecer los hechos.

Los estudiantes de Medicina de la Universidad Americana proceden de diferentes sectores socioeconómicos de la población nicaragüense, de familias con diferentes estructura y corrientes ideológicas, políticas y religiosas, elementos que no excluyen a estos jóvenes haber sido víctimas o exponerse al maltrato infantil físico ó psicológico en algún momento de su etapa de desarrollo, ya sea en la niñez ó en su adolescencia por el entorno familiar ó la sociedad misma. Está demostrado que el maltrato infantil es un fenómeno que limita el proceso de aprendizaje en el menor de edad, exteriorizado en sus relaciones interpersonales y actividades de auto aprendizaje.

Dado el interés de conocer a profundidad los factores pre disponentes al maltrato infantil en un grupo de estudiantes encuestados de la población estudiantil de la carrera de Medicina y su impacto en el rendimiento académico y profesional en el futuro inmediato, se plantea la necesidad de explorar la presencia de antecedentes de

maltrato infantil en dichos estudiantes a fin de promover estrategias que impacten positivamente en su formación y rendimiento académico, así también contribuyan a prevenir y disminuir el maltrato infantil en la sociedad nicaragüense. Por lo que el presente estudio de investigación orienta a dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuántos estudiantes activos de la carrera de Medicina en la Universidad Americana en el segundo semestre del 2011 sufrieron maltrato infantil?

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

En la Universidad Americana (UAM) al momento actual no se cuenta con ningún tipo de estudio en el cual se aborde el fenómeno social del maltrato infantil de la población estudiantil, por lo que los resultados del estudio constituyen un primer abordaje a esta problemática.

A partir de estos resultados se realizará una propuesta a las autoridades universitarias de la UAM para implementar un programa de atención, asistencia especializada y seguimiento académico a los estudiantes con antecedentes y secuelas de maltrato infantil, en este proyecto participaran las áreas académicas y administrativas con el objetivo tratar oportunamente los casos que soliciten ayuda.

En dicho programa se establecerán propuestas de estrategias a corto y mediano plazo que permitan mejorar las deficiencias y barreras para disminuir el impacto en el rendimiento académico de los estudiantes.

Esto permitirá la identificación temprana de grupos de riesgo sobre los cuales se promoverá una atención especial de parte de las autoridades académicas a fin de brindar de manera oportuna y efectiva el apoyo técnico requerido en los casos identificados según el nivel de severidad observado.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar comportamiento del Maltrato Infantil en estudiantes de Medicina en la Universidad Americana (UAM) en el II semestre del año 2011.

Objetivos Específicos

1. Determinar cuántos sufrieron Maltrato Infantil de los estudiantes incluidos en el estudio.
2. Identificar las principales características personales de los estudiantes incluidos en el estudio.
3. Establecer las fuentes o vínculos de parentesco familiar con la víctima.
4. Caracterizar el tipo de maltrato recibido en la infancia y adolescencia.
5. Identificar forma de abordaje social en los casos objeto de maltrato infantil.
6. Determinar los abordajes de intervención del maltrato infantil en dicha población de estudio.

IV. MARCO TEÓRICO

Infancia

La infancia es mucho más que la época que transcurre antes de que la persona sea considerada un adulto. Sin embargo, a pesar de numerosos debates intelectuales sobre la definición de la infancia y sobre las diferencias culturales acerca de lo que se debe ofrecer a los niños, y lo que se debe esperar de ellos, ha habido un criterio compartido de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse. (UNICEF. Estado mundial de la infancia 2005).

En la actualidad, la comunidad internacional utiliza la definición que ofrece la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en su Artículo 1, para definir la niñez como "todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad." La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria, vinculante para los estados que la han firmado.

Situaciones Relevantes:

Generalizar la protección hasta la edad de 18 proporcionaría mayor protección y seguridad a la niñez frente a la violencia, la explotación del menor y la protección jurídica ante los tribunales de justicia que siempre los considera como víctimas ante la ley y no como delincuentes. También promueven el desarrollo de la legislación de los Estados para garantizar el ejercicio de otros derechos, como son la educación y la salud.

En el contexto internacional de las Organizaciones No Gubernamentales, la edad hasta los 18 años ha ganado la aceptación como la edad apropiada para determinar la niñez.

Esto se vuelve más complejo por el hecho de que muchos países no registran los nacimientos de niños y niñas, por lo que no conocemos su edad cronológica. En otros casos, proporcionan la documentación de identificación falsos pueden fácilmente "reclasificar" a un niño o niña como adulto.

Un niño (a) puede ser una persona de cualquier género. Muchas de las leyes que poseen los gobiernos para proteger a la niñez de la explotación sexual únicamente abordan la cuestión con relación a la explotación de las niñas. Generalmente, el abuso sexual de los varones es ignorado o descartado.

En la mayoría de países la demanda de niñas es más común y extendida. Sin embargo, se ha sabido que ciertos países son destinos preferidos por los turistas sexuales que buscan involucrar a niños o jóvenes varones. Los llamados "chicos de playa" pueden encontrarse en destinos turísticos populares como son, Sri Lanka, Kenia y la República Dominicana.

Comparada a otras regiones del mundo, en Europa del Este los varones parecen constituir una mayor proporción de la cantidad total de víctimas de la prostitución infantil.

Maltrato Infantil

El maltrato infantil es un problema de salud pública de difícil abordaje científico a nivel mundial, debido a la falta de una definición universalmente aceptada, y la variedad de códigos morales en los distintos países.

La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato Infantil realizó un estudio comparativo de las definiciones de maltrato infantil en 58 países (Bross y cols. 2000) encontrando discrepancias: algunas definiciones se centran en los actos de los adultos independientemente del resultado, mientras que otras cuando hay daño para el niño. Todo esto viene complicado por el hecho de que la noción de lo que son comportamientos aceptables o que producen un daño a la infancia.

El concepto de Maltrato contra la infancia está reflejado en Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas en la que los Estados partes adoptarán medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, maltratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Epidemiología del Maltrato infantil

De acuerdo con el boletín N° 9 de CEPAL-UNICEF, que analiza los desafíos de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, los adultos consideran natural recurrir a la violencia física o psicológica para imponer disciplina, de acuerdo con encuestas realizadas en 16 países de la región.

Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años en América Latina y El Caribe sufren cotidianamente maltrato físico o psicológico, y un alto porcentaje de adultos piensa que se trata de una práctica normal de educación y socialización.

En Costa Rica, una investigación en 2004 del Instituto de Estudios Sociales en Población reveló que 65.3 % de adultos ejerce violencia física contra sus hijos.

En Colombia, 42 % de mujeres informó que sus parejas o esposos castigaban a sus hijos e hijas con golpes, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005.

En Uruguay 82 % de adultos encuestados en un estudio del Ministerio de Desarrollo Social en 2008 reportó alguna forma de violencia psicológica o física hacia un infante en el hogar.

Otro estudio en Colombia, realizado a estudiantes de medicina demostró que el 48% había experimentado maltrato físico durante su infancia o adolescencia.

Por tanto, cabe aclarar que este tema en la actualidad ha cobrado interés pero no el necesario para actuar de manera participativa, es decir, para implementar nuevos programas de prevención y ayuda psicológica para padres así como poner en marcha los ya existentes.

Factores de riesgo del Maltrato Infantil:

Se han formulado diversas teorías y modelos para explicar los incidentes de maltrato dentro de las familias (factores personales, familiares y socio-culturales). La mayoría de los estudios efectuados se han realizado en familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que han llevado a un "error sistemático" o sesgo de selección del profesional que identifica y señala dicho abuso.

Se admite que no hay características demográficas, familiares o personales que excluyan la posibilidad de abuso en niños. El modelo que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso es el modelo ecológico descrito anteriormente. Aplicando al maltrato infantil, el modelo ecológico considera varios factores, como las características de cada niño y su familia, las de su cuidador o perpetrador, la índole de la comunidad local y el ámbito social, económico y cultural (Garbarino y Crouter, 1978; Belsky, 1980).

Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este sistema factores compensadores (factores protectores) que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores potenciadores (factores de riesgo o de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil.

La escasa investigación en este campo indica que, en una serie de países, algunos factores son bastante uniformes en cuanto al riesgo que implican. No obstante, es importante observar que estos factores, que se enumeran a continuación, tal vez se asocien solo estadísticamente y no exista un vínculo causal. (National Research Council, 1993; Sáez, 2001).

Factores Predisponentes:

Características de los padres:

Padres inmaduros (20 - 30 años).
Embarazos no deseados.
Padres egocéntricos.
Escasa adaptación ante la frustración.
Fondo de agresividad.
Sufrieron maltrato en su infancia.
Depresión o problemas emocionales.
Baja autoestima.
Expectativas poco realistas sobre el niño.

Características de los hijos:

Ilegitimidad.
Niños con discapacidades físicas y / o psíquicas.
Gemelos.
Enfermedades crónicas.
(especialmente VIH/SIDA)
Niños adoptados o en custodia
Niños hiperactivos.
Mal ajuste escolar.

Otros factores asociados:

Los padres agresores, han sufrido maltrato en su infancia.
El agresor más frecuente es la madre.
Las edades más expuestas son entre 2 y 6 años.
Se produce con mayor frecuencia en el hijo mayor.

Aspectos Legales

Nicaragua ha dado grandes avances en cuanto a materia legal gracias a la suscripción de tratados internacionales, la coordinación intersectorial y el establecimientos de estrategias a nivel nacional para enfrentar el problema del trabajo infantil, el cual se considera como una actividad formativa.

Entre otros aspectos tenemos la promulgación de leyes tendientes a proteger los derechos de los niños a través del Código de la Niñez y la Adolescencia, 1995; la creación del Ministerio de la Familia, 1996; así como la creación de la ley 260- Ley Orgánica del Poder Judicial, además de la creación del Instituto de Medicina Legal, el cual es el centro de referencia en donde se realizan los peritajes médico legales de los casos denunciados por maltrato infantil.

Los distintos tipos de agresión que la ley considera delitos por lesionar la integridad física, psicológica y moral, importantes a nivel médico legal, incluyen:

Violación (artículo 512 del Código Penal), es el acceso carnal con introducción parcial o total del miembro viril por vía anal, vaginal o bucal con persona de uno u otro sexo cuando la víctima es menor de 14 años, cuando la persona está impedida, lisiada, enferma, no puede resistirse y cuando se usa la fuerza o intimidación.

Estupro (artículo 509) es la cópula con una mujer honesta empleando la seducción o engaño para alcanzar su consentimiento.

Agresión sexual se considera cuando se introduce por vía anal o vaginal objetos distintos al miembro viril y en las mismas condiciones que en la violación.

Abuso deshonesto o atentado al pudor es el delito sexual sin acceso carnal; consiste en la masturbación a niños/as o la introducción de los dedos o cuerpos extraños en ellos/as, tocamientos de nalgas o senos. Es difícil de comprobar, pero ocasionalmente puede haber enrojecimiento vulvar o anal, erosiones, escoriaciones, equimosis y heridas.

El diagnóstico médico legal comprende el interrogatorio y examen a la víctima, al agresor si es posible, y del lugar de la escena. La víctima, especialmente de violación, debe ser valorada en las primeras 24 horas sin bañarse ni cambiarse de ropa, por un médico de preferencia perito; independientemente de la denuncia es fundamental buscar ayuda psicológica para evitar posibles traumas.

Nicaragua presenta la segunda tasa más alta de violencia doméstica de América Latina; aproximadamente 1 de cada 3 mujeres son abusadas físicamente teniendo a sus hijos menores de edad como testigos, y de igual forma siendo maltratados.

En el 2005, por parte de la comisaría de la Mujer, el 81% de los delitos registrados son de violencia intrafamiliar, y el 19% son delitos sexuales contra la mujer, niñez y adolescencia. El 74.5% de los delitos ocurrieron en la casa de habitación de las víctimas.

El Ministerio de la Familia brindó protección a 3 mil 637 víctimas contra toda clase de abusos, 50% eran por explotación sexual, el 19.2% por abandono, 25.8% por haber sufrido maltrato, el 4% era por abuso sexual.

Clasificación del Maltrato Infantil

La definición que cubre la más amplia gama de tipos de maltrato infantil, es la propuesta en el Informe de la OMS sobre Prevención del Maltrato Infantil (1999), "toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en una daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder".

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) reconoce el maltrato como un problema de salud con su correspondiente código T74, y específicamente sus formas:

- Negligencia y Abandono
- Maltrato Físico
- Abuso Sexual
- Maltrato Emocional

Encontramos las definiciones de las cuatro formas anteriormente citadas. Además, incluimos otras definiciones terminológicas propuestas por el Grupo de Naciones Unidas de la Convención de los Derechos del Niño (2005) que no están incluidas en la CIE – 10, como son: la mendicidad, la corrupción, la explotación laboral y el maltrato institucional que formarían parte, a la vez, tanto del maltrato físico como del maltrato emocional. (Sáez, Benguigui, Del Rey Calero, 2006) y en la tabla 3 la clasificación de los tipos de maltrato, según sea la intencionalidad, activo y pasivo (Sáez Crespo JA y Martínez Piédrola M, 2000).

Es una vía para conocer y evaluar mejor la detección y alcanzar una prevención adecuada que evite abusos y maltratos. De esta forma reconocer dos grandes grupos de maltrato infantil:

Maltrato general: influyen problemas que afectan la calidad de vida de los pueblos. Es consecuencia inmediata de la insuficiencia de los estados, cuyas estructuras económicas permiten desigualdades enormes entre los diferentes grupos de la población. Se expresa principalmente por la pobreza, la insuficiencia médico sanitaria, el analfabetismo y la insuficiencia educacional, la drogadicción, el deterioro del medio ambiente y la violencia, entre otros.

Maltrato particular se corresponde con núcleos familiares con características especiales dentro de la comunidad, en las cuales los niños son las víctimas principales. Son familias disfuncionales, que no se adaptan socialmente. En ellos son frecuentes los conflictos divergentes con el resto de la familia. Aunque en algunos pacientes, los padres pueden ser aparentemente normales.

En este tipo de maltrato se pueden encontrar síndromes que pueden presentarse aislados, aunque a menudo están combinados, en ocasiones son el resultado de un largo proceso, que termina con la agresión hacia el niño.

- Síndrome de Abuso Físico
- Síndrome del Niño Sacudido
- Síndrome de Negligencia Física y Emocional
- Síndrome de Abuso Sexual
- Síndrome de Munchausen Por Poder
- Síndrome de Polle
- Síndrome de Intoxicación no Accidental
- Síndrome de Intoxicación Alcohólica
- Síndrome de Muerte Súbita en el Niño

Loredo menciona otras formas menos comunes de maltrato:

- Síndrome de Munchausen
- Abuso Fetal
- Abuso de tipo Ritual o Religioso
- Niños de la Guerra / Calle

Los niños son las víctimas perfectas para el abuso sexual, pues se les enseña a respetar y obedecer a sus padres y superiores y son fácilmente influenciados por su curiosidad y por la confianza que tienen en quienes los cuidan. Todos los niños necesitan afecto; mientras más necesitados están, más fácil es victimizarlos, por lo que los discapacitados físicos, psíquicos y emocionales son más vulnerables.

El abuso sexual es más frecuente en niñas que en niños (2-3:1) y entre los 8 y 12 años (aproximadamente la mitad de las víctimas tiene esa edad). En 90% de los casos el agresor es un varón; 50-90% de agresores tiene menos de 18 años. El 65% de quienes abusan son familiares o conocidos de la víctima.

El maltrato infantil puede situarse tanto en el ámbito familiar como fuera de él.

Las formas que pueden reconocerse son:

Familiares:

1. Abuso Físico
2. Abuso Emocional
3. Abuso Sexual
4. Negligencia
5. Síndrome de Munchausen

Extra-familiares:

1. País con Hambruna
2. Participación Infantil en hechos bélicos
3. Pornografía Infantil
4. Explotación Laboral
5. Persecución racial y/o discriminación sexual
6. Menores forzados a consumir alcohol o drogas; a mendigar o robar; a ejercer la prostitución.

El maltrato infantil se subdivide en dos grupos:

1) Pasivo: Comprende el abandono físico, que ocurre cuando las necesidades físicas básicas del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él. También comprende el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades de contacto físico y caricias y la indiferencia frente a los estados anímicos del menor.

2) Activo: Comprende el abuso físico que consiste en cualquier acción no accidental por los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad al menor. La intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal. También comprende el abuso sexual, que consiste en cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar, tutor o cualquier otro adulto. La intensidad del abuso puede ir desde el exhibicionismo hasta la violación.

El abuso emocional también entra en esta categoría de abuso activo y se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, crónica (insultos, burlas, desprecios, críticas, amenazas de abandono, etc.) y el bloqueo constante de las iniciativas infantiles (puede llegar hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Otra forma de maltrato infantil es el caso de los niños testigos de violencia, "cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Los estudios comparativos muestran que estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso (Corsi, 1994). Respecto a lo que se refiere a las agresiones psíquicas o psicológicas, que están dirigidas a dañar la integridad emocional del niño comprenden todo tipo de manifestaciones verbales y gestuales, así como actitudes que los humillan y degradan pero esto no es lo más grave, pues las heridas del cuerpo duelen pero tienden a cicatrizar pero las heridas del alma –que no dejan evidencia física- tardan mucho más en sanar si es que sanan antes de que se le acumule otra herida más, estas generan sentimientos de desvalorización, baja estima e inseguridad personal, los cuales más tarde pueden manifestarse en violencia social.

En España, a partir de las definiciones internacionales anteriormente citadas, el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia realizó una propuesta, en 2001, para la unificación de criterios generales acerca del concepto de maltrato infantil,

bajo la premisa fundamental de equipo multidisciplinar formado por trabajadores sociales, psicólogos, médicos y diplomados universitarios en enfermería, y proponen los maltratos a la infancia como: "Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad".

Esta definición incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico - emocional y social, sino que considerándole persona - objeto de derecho incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones –administraciones- (maltrato institucional).

El maltrato infantil se puede clasificar en maltrato por acción, se divide en: Maltrato físico, abuso fetal, maltrato psicológico o emocional, abuso sexual y maltrato por omisión es el abandono o negligencia, el cual se subdivide: Abandono físico y negligencia o abandono educacional.

El grupo español del Observatorio de la Infancia aporta a la clasificación internacional la perspectiva del momento en el que se produce el maltrato y la actitud del autor del maltrato.

Maltrato físico:

Acción u omisión intencional que provoque daño físico o enfermedad en el niño, niña o adolescente. Se puede dar por acción que derive en lesiones internas o externas de las víctimas o por negligencia física, situaciones en las que las necesidades básicas (alimentación, vestimenta, higiene personal, cuidados médicos, educación y supervisión) no son atendidas por ninguna de las personas que conviven con los niños, niñas y adolescentes.

Maltrato emocional:

Acción de carácter verbal o actitud que produzca daños psicológicos. Se manifiesta a través de la hostilidad verbal crónica (insultos, desprecio, crítica o amenaza de abandono) o constante bloqueo, por parte de cualquier integrante adulto del grupo familiar, de las iniciativas infantiles de interacción.

También se da cuando existe una falta persistente de respuesta a las señales y expresiones emocionales o conductas de los niños, niñas y adolescentes, que buscan proximidad e interacción, como el llanto o la sonrisa.

Larraín y Bascuñán (2006), plantean una tipología según desde dónde y quiénes ejercen el maltrato hacia niñas, niños y adolescentes, clasificándolo en familiar, extra familiar, institucional y social. La presente investigación toma como campo de estudio el maltrato familiar y tiene como referencia la siguiente definición:

Maltrato familiar:

Los autores del maltrato son familiares en primer grado del niño, la niña o adolescente (padres, madres, abuelos/as, hermanos/as, tíos/as, etc.).

El presente estudio aplica ocasionalmente el concepto de maltrato intrafamiliar sin distinción de la definición empleada para el maltrato familiar.

De estas tipificaciones, a continuación se explican las que han sido tomadas de referencia para este estudio, en el que se define como maltrato la existencia de violencia física y/o psicológica (emocional).

Maltrato físico grave y leve y maltrato psicológico:

En esta investigación se emplea la descripción de los tipos de castigos que reciben los niños, niñas y adolescentes para determinar el tipo de maltrato infantil en el ámbito familiar y la intensidad del mismo. El estudio toma tres categorías de clasificación del maltrato, basándose en la metodología de la OMS (2003), según la existencia de castigos que implican violencia física grave, violencia física leve y violencia psicológica o verbal. También reconoce la ausencia de violencia o maltrato como una cuarta categoría.

Tipos de castigos, definidos como maltrato:

Violencia física grave o maltrato físico grave

- Golpeó al niño niña con un objeto (no en las nalgas)
- Pateó al niño o niña
- Quemó al niño o niña
- Golpeó al niño o niña
- Amenazó al niño o niña con un cuchillo o arma de fuego
- Asfixió al niño o niña

Violencia física leve o maltrato físico leve

- Nalgadas (con la mano)
- Golpeó al niño o niña en las nalgas (con un objeto)
- Abofeteó al niño/a o le dio un golpe con la mano abierta en la cabeza
- Jaló el pelo del niño o niña
- Zamarreó al niño o niña
- Pellizcó al niño o niña
- Retorció la oreja del niño o niña
- Forzó al niño o niña a arrodillarse o permanecer en una posición incómoda
- Puso pimienta en la boca del niño o niña

Violencia psicológica o verbal, o maltrato psicológico o verbal

- Le gritó al niño o niña
- Insultó al niño o niña
- Maldijo al niño o niña
- Rehusó hablar con el niño o niña.
- Amenazó echar al niño o niña del hogar
- Amenazó abandonarlo/a
- Le amenazó con espíritus malignos
- Cerró la puerta y dejó al niño o niña fuera de la casa

Prácticas disciplinarias no violentas

- Explicó al niño o niña por qué estaba mal su conducta
- Canceló prerrogativas
- Dijo al niño o niña que dejara de comportarse de ese modo
- Le dio al niño o niña algo que hacer
- Obligó al niño o niña a quedarse en un lugar

Clasificación de las familiares según sus integrantes

Existe una gran variedad de formas en que se encuentran organizadas las familias. Para este estudio se consideraron cuatro categorías.

- **Familias nucleares:** los hijos e hijas viven con sus padres y sus madres.
- **Familias mono-parentales:** los hijos e hijas viven solo con uno de los padres.
- **Familias extendidas:** los niños, niñas y adolescentes viven con el papá, la mamá y otros parientes.
- **Otros parientes:** viven con otros parientes, sin la presencia del padre o la madre.

Factores asociados con el Maltrato Infantil:

Factores individuales	Factores familiares	Factores sociales
Falsas expectativas	Hijos no deseados	Concepto del castigo físico
Concepto equivocado de la disciplina	Desorganización hogareña	Actitud social negativa hacia los niños
Inmadurez	Falta de autodominio	Indiferencia de la sociedad
Retraso Mental	Desempleo o subempleo	
Adicciones	Desavenencia conyugal	

El maltrato infantil es un problema complejo que tiene múltiples causas. Para comprender las causas de abuso es crucial abordar el problema del abuso infantil. Los padres que maltratan físicamente a sus esposas tienen más probabilidades de abusar físicamente de sus hijos, sin embargo, es difícil saber si los conflictos conyugales es una causa de abuso de menores, o si tanto los conflictos conyugales y los abusos son causados por las tendencias en el abusador.

Efectos del Maltrato Infantil

Los niños con una historia de abandono o maltratos físicos se encuentran en riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos, o un estilo de apego desorganizado asociado con una serie de problemas de desarrollo, incluyendo los síntomas disociativos, así como ansiedad, depresivos, y síntomas de capricho. Un estudio de Dante Cicchetti encontró que el 80% de los niños víctimas de abusos y maltratos, presentaron síntomas de apego desorganizado. Los niños que son abusados físicamente es probable que presenten fracturas óseas, especialmente fracturas de costillas, y pueden tener un riesgo mayor de desarrollar cáncer.

Víctimas de abuso infantil sufren de distintos tipos de problemas de salud más adelante en la vida. Algunos informes, sufren de algún tipo de dolor de cabeza crónico, abdominal, pélvico o muscular sin motivo identificable.

Un estudio de 2006 encontró que el abuso sexual y emocional en la infancia está fuertemente relacionado con los síntomas depresivos de adultos, mientras que la exposición al abuso verbal y ser testigo de violencia doméstica tenía una asociación moderadamente fuerte, y el abuso físico moderada para la depresión, experimentando más de dos tipos de abuso que ejerce sinérgicamente síntomas más fuertes.

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos. La importancia, severidad y cronicidad de las secuelas físicas o psíquicas depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato
- El uso o no de la violencia física.
- Apoyo intra- familiar a la víctima infantil.

En nuestro medio se ha comprobado en niños menores de 5 años que sufrieron abuso, retraso en el desarrollo psicológico (Osuna, 2000).

El riesgo relativo de muerte es tres veces mayor que en niños que no han sufrido maltrato (RR=2.9 con un intervalo de confianza al 95% de 2.1 a 4.1), siendo el grupo de edad con mayor riesgo el de adolescentes (RR = 5.3 IC 95% = 2.1 – 12.5). Se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces superior comparado con aquellos que no informaban de maltrato en la infancia.

De manera global, se encuentran comúnmente:

Consecuencias físicas:

- Pesadillas y problemas del sueño
- Cambio de hábitos de comida
- Perdidas del control de esfínteres
- Trastornos psicosomáticos

Consecuencias conductuales:

- Consumo de drogas y alcohol
- Fugas del domicilio
- Conductas autolesivas
- Hiperactividad
- Bajo rendimiento académico
- Trastorno disociativo de identidad
- Delincuencia juvenil

Consecuencias emocionales:

- Miedo generalizado
- Agresividad
- Culpa y vergüenza
- Aislamiento
- Depresión, baja autoestima
- Rechazo al propio cuerpo
- Dificultad para expresar sentimientos

Consecuencias sociales:

- Mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja
- Mayor probabilidad de ser agresor en sus hijos
- Problemas de relación interpersonal

Diversos estudios sugieren que el maltrato continúa de una generación a la siguiente. De forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta. Un meta análisis publicado en Lancet (2000) encuentra evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, el Riesgo Relativo de transmisión del abuso de una generación a otra es de 12.6.

Diagnóstico

El maltrato infantil incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social. Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda. Pero recordemos que "el niño nunca miente". (Sáez Crespo y Martínez Piédrola, 2000).

Los indicadores de presunción pueden ayudar la observación, pero hemos de tener en cuenta que la existencia de éstos, por sí solos, no es suficiente para demostrar el maltrato infantil, sino que hay que considerar también la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen.

En la observación del comportamiento del niño, podemos encontrar signos físicos y síntomas psicosociales

El **Signo físico corporal** más frecuente es una lesión física cutánea traumática, no explicada, en un niño menor de 3 años y que concurren las siguientes características:

- Signos físicos repetidos (quemaduras, hematomas,...)
- Dolores frecuentes sin causa aparente
- Discordancia entre la historia relatada y los hallazgos exploratorios
- Intervalo excesivo entre la lesión y la visita en la consulta
- Signos de abandono y suciedad: mal olientes, con ropa descuidada y, en general "toda lesión que cura en el hospital y recidiva en el hogar"
- La presencia de cualquier fractura en niños menores de 2 años puede indicar maltrato
- La dificultad para andar o sentarse y el dolor o picor en la zona genital pueden deberse a abuso sexual

- Retrasos en el ritmo de crecimiento
- Falta de cuidados médicos básicos; higiene, problemas alimenticios (muy glotón o con pérdida de apetito), y las infecciones recurrentes pueden suponer la existencia de maltrato por negligencia o abandono

Los **síntomas psicosociales** más frecuentes son:

- Disminución desarrollo emocional e intelectual
- Retraso piscó-motor
- Retraso en la adquisición del lenguaje
- Retraimiento social
- Ausencia expresión emocional y /o gestual,
- Cansancio o apatía permanente
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso)
- Depresión
- Presenta conductas antisociales y/o pre delincuentes
- Desconfianza hacia el adulto y apatía en las relaciones con los progenitores

En el comportamiento los padres o cuidadores.

Durante podemos encontrar en el comportamiento de los padres y/o cuidadores las siguientes actitudes:

- Parecen no preocuparse por el niño
- No acuden a las citas programadas o acuden a consulta a demanda sin motivo real
- Cambio frecuente de médicos y enfermeras de cabecera
- Múltiples visitas al pediatra por traumatismos o intoxicaciones
- Abusan de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...)
- Utilizan habitualmente una disciplina inapropiada para la edad del niño

Cuadro I. Indicadores del niño según tipo de maltrato	
Indicadores físicos	Indicadores en el comportamiento
Maltrato físico	
Huellas del objeto agresor específico (cordón, cinturón, tacón, etc.), inflamación, equimosis, deformación de la región, cicatrices.	Agresividad, rebeldía, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, convicción de merecer el castigo. En la escuela inasistencia y bajo rendimiento.
Abuso sexual	
Lesiones perineales, inflamación, laceración, cicatrices, presencia de semen, infecciones de transmisión sexual	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, a veces enojo.
Maltrato psicológico	
Retraso psicomotor	Deterioro de las facultades mentales principalmente en el área cognitiva, auto devaluación, bajo rendimiento escolar
Maltrato emocional	
Actitud apática	Retraimiento, aislamiento, poca socialización, problemas de relación, poca expresividad, depresión, bloqueo emocional
Negligencia	
Desnutrición, higiene deficiente, ropa inadecuada para lugar y/o clima	Retraimiento, apatía, depresión, timidez, indiferencia. En la escuela asistencia irregular y bajo rendimiento académico

La detección del Maltrato Infantil:

Consiste en reconocer o identificar una posible situación de abuso en el niño. El objetivo es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, lo más precoz posible, para evitar la gravedad de las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. (Soriano Faura, 2005).

La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, que ocurre frecuentemente en el medio familiar, por lo que pasa desapercibido al profesional, por ello todos los esfuerzos van encaminados al reconocimiento de indicadores que a través de la anamnesis, la exploración y la historia social nos orienten a la posible existencia del maltrato y la toma de decisiones y la intervención.

Tratamiento:

La terapia cognitiva conductual fue diseñado para los niños que han sufrido abuso físico. Está dirigida a las conductas de externalización y refuerza los comportamientos pro social. Está dirigida a los síntomas relacionados con el trauma en los niños como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión clínica, y la ansiedad.

La psicoterapia niño (a)- padre fue diseñado para mejorar la relación padre-hijo, siguiendo la experiencia de la violencia doméstica. Está dirigida a los síntomas relacionados con el trauma en los lactantes, niños pequeños y niños en edad preescolar, incluyendo trastorno de estrés postraumático, agresividad, desafío, y la ansiedad.

Prevención del Maltrato Infantil:

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

Pediatras y enfermeras de atención primaria se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niño considerado de riesgo.

La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato.

A continuación se destacan los niveles de prevención según Costa M, Morales JA, 1997.

	<i>Prevención Primaria</i>	<i>Prevención Secundaria</i>	<i>Prevención Terciaria</i>
Población DIANA	Población General	Población de Riesgo	Víctimas
Objetivos	Reducir la incidencia de nuevos casos	Reducir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores Disminuir la duración y la gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
Procedimientos	Eliminación de factores de riesgo Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Detección y tratamiento tempranos Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Tratamiento de las víctimas y de su entorno Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas.

Organizaciones:

Seis de las principales Organizaciones dedicadas a la causa de los niños tales como BRAC, Netaid.org Foundation, PLAN Internacional, Save the children, UNICEF, Y Visión Mundial se unieron para anunciar la puesta en marcha de un movimiento mundial a favor de la infancia. El objetivo del movimiento consiste en realizar una convocatoria masiva a todos los sectores que creen que se debe de dar prioridad absoluta en los derechos del niño.

Manejo

Ministerio de Salud y Municipios:

Deben implementar más centros de referencia para diagnóstico y atención integral y crear centros de protección temporal del niño/a y centros de atención mental.

La sociedad:

Las comunidades, comités barriales y vecindades deben intervenir activamente en la atención integral y la notificación de casos.

Centros de atención primaria:

A través de la hoja de AIEPI (desde mayo del 2006) los pediatras registran casos de sospecha y maltrato en menores de 5 años, y se realiza seguimiento si amerita. El personal de post consulta, vacunas, emergencia y subcentros se han capacitado para registrar. Los formularios para adolescentes contemplan el maltrato.

Psicología clínica:

Trabaja en forma individual, familiar o grupal, con enfoque sistémico, para apoyar al niño/a y sus familiares y promover el buen trato.

Trabajo Social:

Se aplica el formulario estudio socio-económico familiar para obtener información ampliada del caso, base para elaborar el plan de tratamiento con el niño agredido, la familia, el entorno y el equipo de salud. Se orienta y coordina la referencia y contra referencia a las diferentes instancias (legal, protección y salud), visitas domiciliarias, seguimiento del caso y apoyo.

V. MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio

Es un estudio con enfoque descriptivo de corte transversal.

Área de Estudio

El estudio se realizó en Universidad Americana (UAM), a estudiantes activos de la Facultad de Medicina en el II semestre del 2011 que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos en esta investigación.

Población de Estudio

El universo de estudio fueron 100 estudiantes activos de Primero a Quinto año que cursan la carrera de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Americana (UAM) durante el II semestre en el año 2011 y que estuvieron presentes al momento de la aplicación del cuestionario.

Criterios de Inclusión

- Estudiantes activos de la Facultad de Medicina en el II semestre año 2011.
- Estudiantes de Primer año hasta Quinto año.
- Estudiantes que aceptaron voluntariamente ser encuestado.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes que desertaron de carrera de Medicina en el II semestre año 2011.
- Estudiantes de medicina en el nivel del internado, realizando tesis, o servicio social.
- Estudiantes ausentes al momento de la encuesta.

Operacionalización de las Variables

Para identificar las principales características personales de los estudiantes incluidos en el estudio se establecieron las siguientes variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Género registrado	Femenino Masculino
Rango de edad en que inicio el maltrato infantil	Tiempo que tiene una persona de vida en años al momento de haber sido víctima de maltrato infantil.	Edad registrada en instrumento	1 -5 años 6- 10 años 11-16 años
Año de la carrera	Año que está cursando en la carrera.	Pertenencia a grupos de clase según año de la carrera.	I, II, III, IV, V
Región de Nacimiento	Ubicación en dónde nació.	Según dato suministrado por el encuestado	Extranjero Nacional
Colegio que asistió	Tipo de centro escolar donde un estudiante recibió cursos que sigue en un establecimiento docente.	Según dato suministrado por el encuestado	Publico Privado
Posición como hijo	Lugar que le corresponde según el número de hermanos antes los 16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	Único Mayor Menor Intermedio
Tipo de Familia	Manera en cual estaba organizada la familia con el cual convivían antes los 16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	Nuclear Mono- parental Extendida Otro pariente
Participación en recreación familiar	Antecedente de viajes o momentos juntos que influyeron para tener buenas relaciones familiares antes los 16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	SI/NO
Uso de tabaco por autor de maltrato	Antecedente del uso de tabaco en autor del maltrato infantil durante su (encuestador) infancia.	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Alcohol	Antecedente del uso de alcohol en autor de maltrato infantil durante su (encuestador) infancia.	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO

Comportamiento del Maltrato Infantil en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Droga	Antecedente del uso de droga en autor de maltrato infantil durante su (encuestador) infancia.	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
-------	---	---	---------

Para establecer fuente o vínculo de parentesco con la víctima se establecieron las siguientes variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Padre	Antecedente de maltrato infantil por parte del padre antes los 16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Padrastro	Antecedente de maltrato infantil por algún padrastro antes los 16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Madre	Antecedente de maltrato infantil por parte de la madre antes los 16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Abuelos	Antecedente de maltrato infantil por parte del algún abuelo/a antes los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Tíos	Antecedente de maltrato por parte de algún tío/a antes los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Hermanos	Antecedente de maltrato por parte algún hermano/a antes los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Profesor	Antecedente de maltrato por parte algún profesor (a) antes los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO

Para caracterizar el tipo de maltrato infantil y mecanismo recibido se plantearon las siguientes variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Tipo de maltrato infantil	Clasificación según el forma de maltrato recibido	Según dato suministrado por el encuestado	Psicológica Físico+ Psicológico Sexual Ninguno
Golpes	Antecedente personal de haber sufrido una acción malintencionada física con la que se pretende causar daño de parte familiar sin importar grado de consanguinidad antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Azotes	Antecedente de haber recibido golpe en las nalgas con la palma de la mano de parte un miembro sin importar grado de consanguinidad antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Bofetadas	Antecedente de haber recibido un golpe que se da en la mejilla con la mano abierta de parte de un familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Empujones	Antecedente de haber sufrido una fuerza contra uno para moverlo antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Tirarles Objetos	Antecedente de haber sido lanzado cualquier objeto en dirección suya por miembro familiar antes de los 16 años de	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO

	edad		
Heridas	Antecedente de haber sufrido una lesión o rotura de los tejidos por incisión o contusión causado por algún familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Quemaduras	Antecedente de haber sufrido una herida producida por el fuego o algo que quema intencional por miembro familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Indiferencia	Antecedente de haber sentido rechazo por miembro familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Abandono	Antecedente de haber estado en situaciones de omisión producidas por miembro familiar y en las cuales no se dio respuesta a las necesidades básicas suyas (alimentación, vestimenta, higiene, protección, educación y cuidados sanitarios) antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Rechazos	Antecedente de haber sentido oposición o desprecio por familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Desprecio	Antecedente de haber sido desestimado y sentir en poco por familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO

Agresiones verbales	Antecedente de haber recibido ofensa de parte de familiar sintiéndose provocado e irritado con palabras antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Testigo de violencia	Antecedente de haber presenciado un acto violento familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Trato Denigrante	Antecedente de haber sufrido ofensas verbales antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Criticas	Antecedentes de haber sufrido un comentario negativo antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Abuso Sexual	Antecedente de haber sufrido la realización de actos contra la libertad sexual sin violencia o intimidación y sin consentimiento antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Agresión sexual	Antecedente de haber sufrido un acto contra la libertad sexual de las personas y realizarse con violencia o intimidación antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Amenazas	Antecedente de haber víctima con palabras que le quieren hacer algún mal por familiar antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO

Para identificar forma de abordaje social en los casos objeto de maltrato infantil y si hubo abordaje terapéutico de intervención se incluyen las siguientes variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Lugar donde sufrió maltrato	Área especificada dónde se produjo el maltrato infantil	Según dato suministrado por el encuestado	Casa Escuela Otro
Lugar de asistencia	Lugar dónde se acudió para recibir asistencia médica o jurídica	Según dato suministrado por el encuestado	Clínica Hospital Inst. Med Legal Ninguno
Conocimiento de Instituciones	Conocimiento de organizaciones influyentes acerca del maltrato infantil a los <16 años de edad.	Según dato suministrado por el encuestado	Conoce No conoce
Conocimiento de Unicef	Conocimiento de la institución UNICEF antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Conocimiento de Save The Children	Conocimiento de la institución Save The Children a los antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO
Conocimiento de Aldeas SOS	Conocimiento de la institución Aldea SOS antes de los 16 años de edad	Según dato suministrado por el encuestado	SI / NO

Fuentes de Información:

La fuente primaria de la información se obtuvo a partir de los estudiantes encuestados.

Técnicas e Instrumentos de Obtención de Información

La información se obtuvo por medio de encuesta que se realizó respetando la privacidad, la identidad y confidencialidad requerida para este tipo de estudio, y brindando previamente una explicación a los estudiantes acerca del objetivo y la importancia de la realización de la investigación, los estudiantes tuvieron la opción de aceptarla o rechazarla. Para obtener los datos necesarios para cumplir con los objetivos de la investigación el cual fue previamente validado por parte de la Decanatura de la Facultad de Medicina.

Procesamiento de Información

Mediante frecuencia simple por cada una de las variables del estudio y estimación de porcentaje. Para el análisis se utilizó el Programa Epi-Info versión 3.5.1.

Consideraciones Éticas

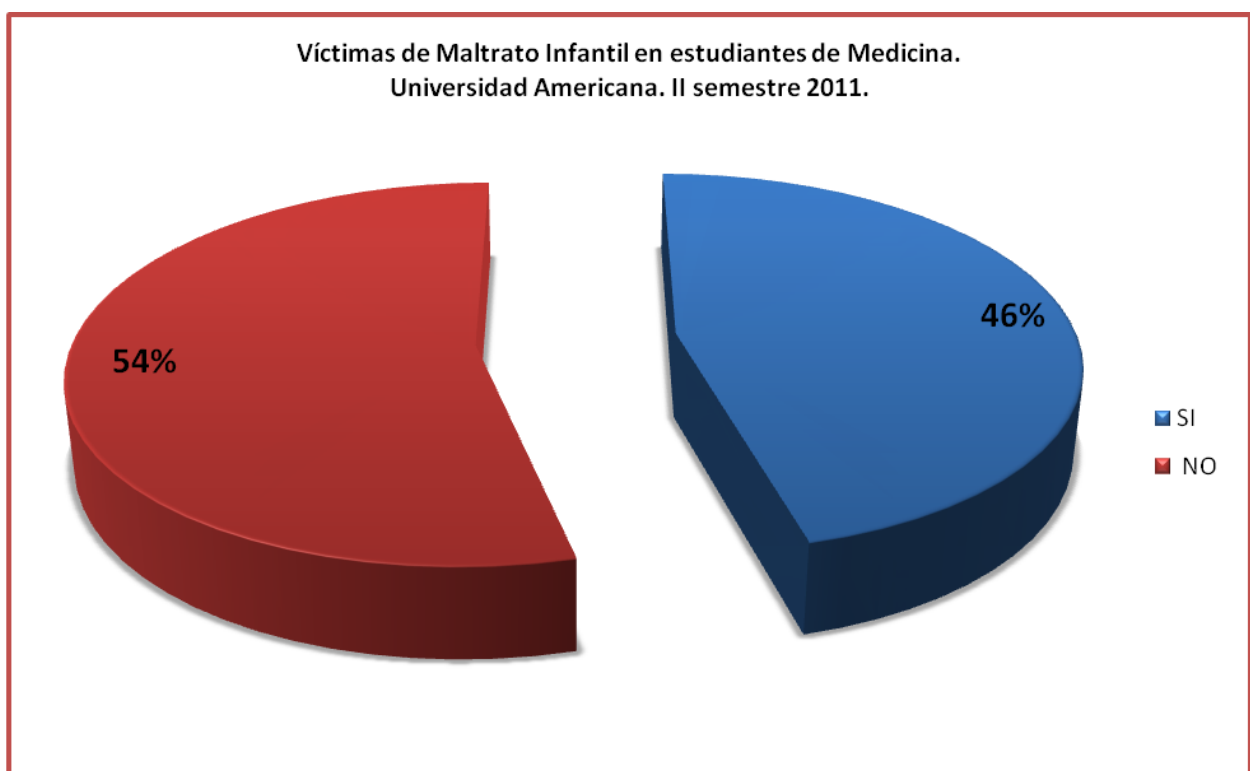
El presente estudio es considerado sin riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud por ser encuesta, la cual se contestó de manera voluntaria, respetando el anonimato.

VI. RESULTADOS

Víctimas de maltrato infantil

Encontramos que el universo de 100 estudiantes de Medicina encuestados un 46% manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato en su niñez ó su adolescencia.

Grafico No. 1

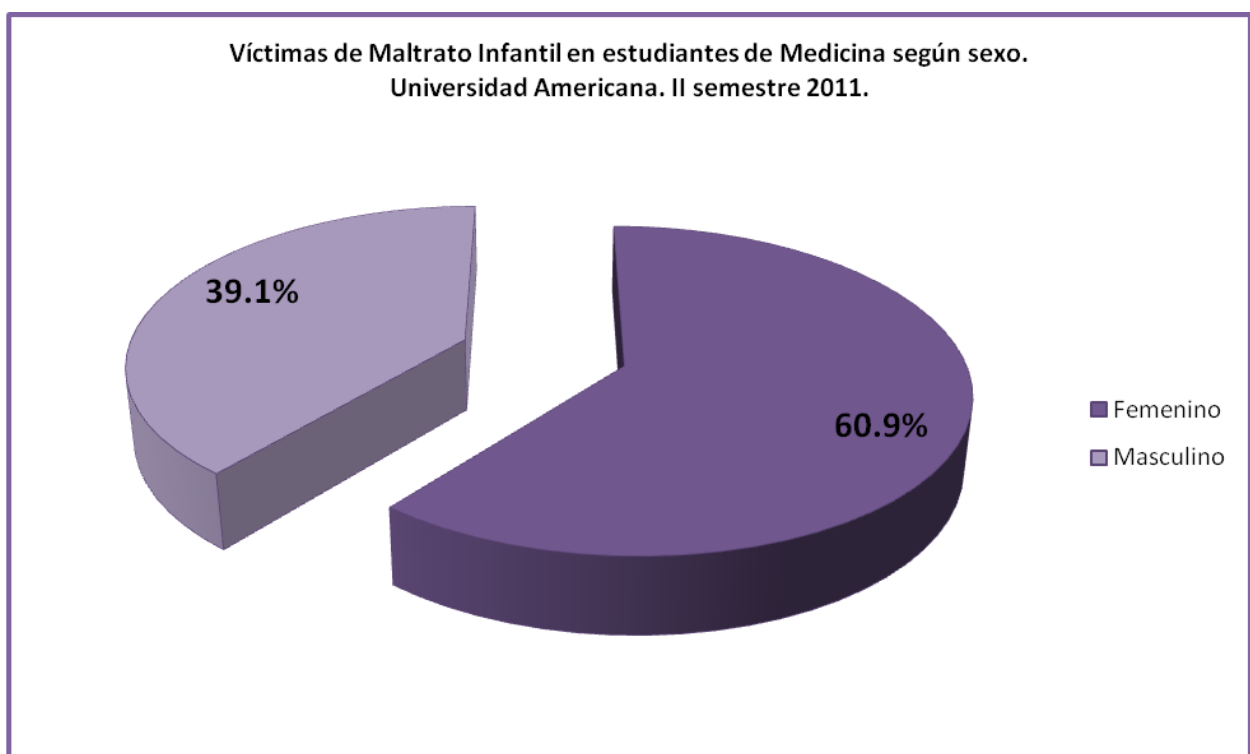


Fuente: Tabla 1

Sexo de las víctimas

Del total de casos consignados como haber sufrido maltrato infantil, encontramos que 28 de ellos, un 60.9%, correspondió al género femenino, y 18 otros para un 39.1% representaron sexo masculino.

Grafico No. 2

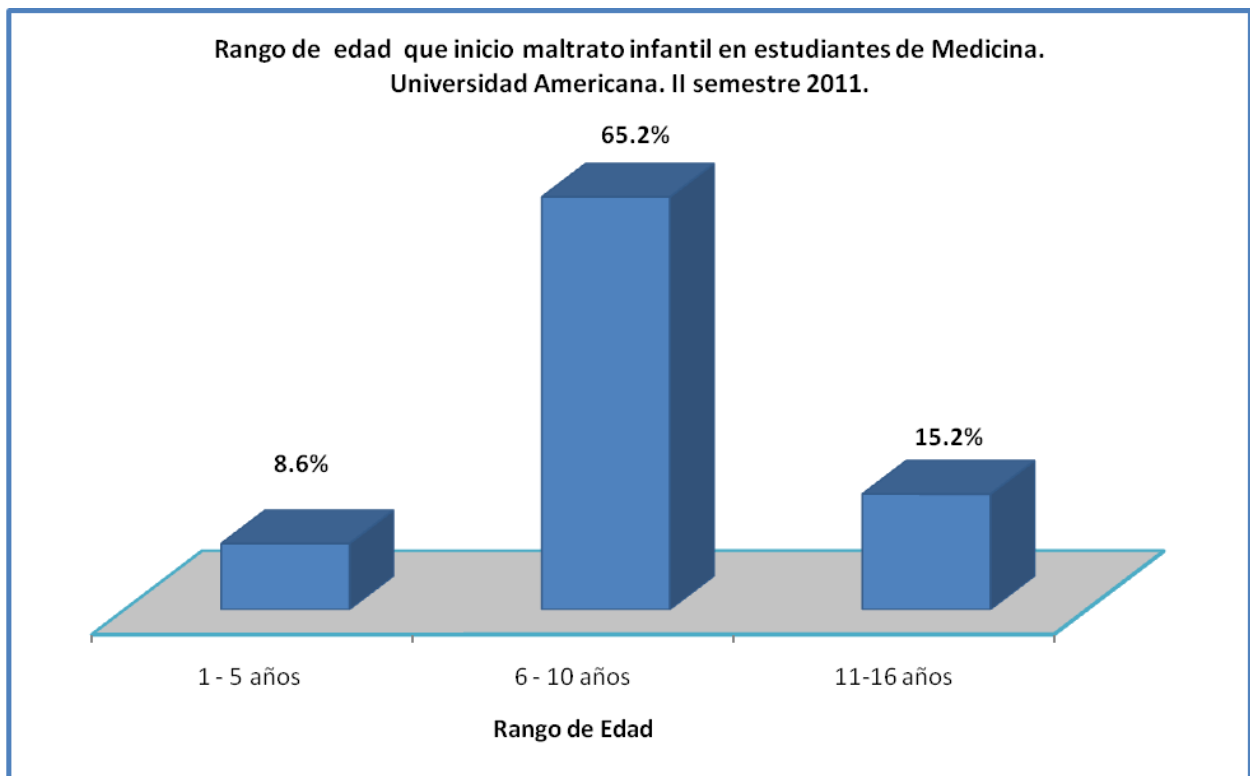


Fuente: Tabla 2

Rango de edades de las víctimas al inicio del maltrato infantil

Del total de víctimas de maltrato infantil encontramos que el mayor porcentaje de 65.2% se presento en el rango de edades del grupo entre los 6 y 10 años al momento que inició el maltrato infantil, que corresponde a 30 estudiantes de Medicina encuestados.

Grafico No. 3



Fuente: Tabla 3

Región de nacimiento de la víctima

Según el lugar de nacimiento de los encuestados que resultaron ser víctimas de maltratos en la infancia y la adolescencia el 80.4% corresponde a estudiantes de nacionalidad nicaragüense y un 19.6% del exterior.

Grafico No. 4

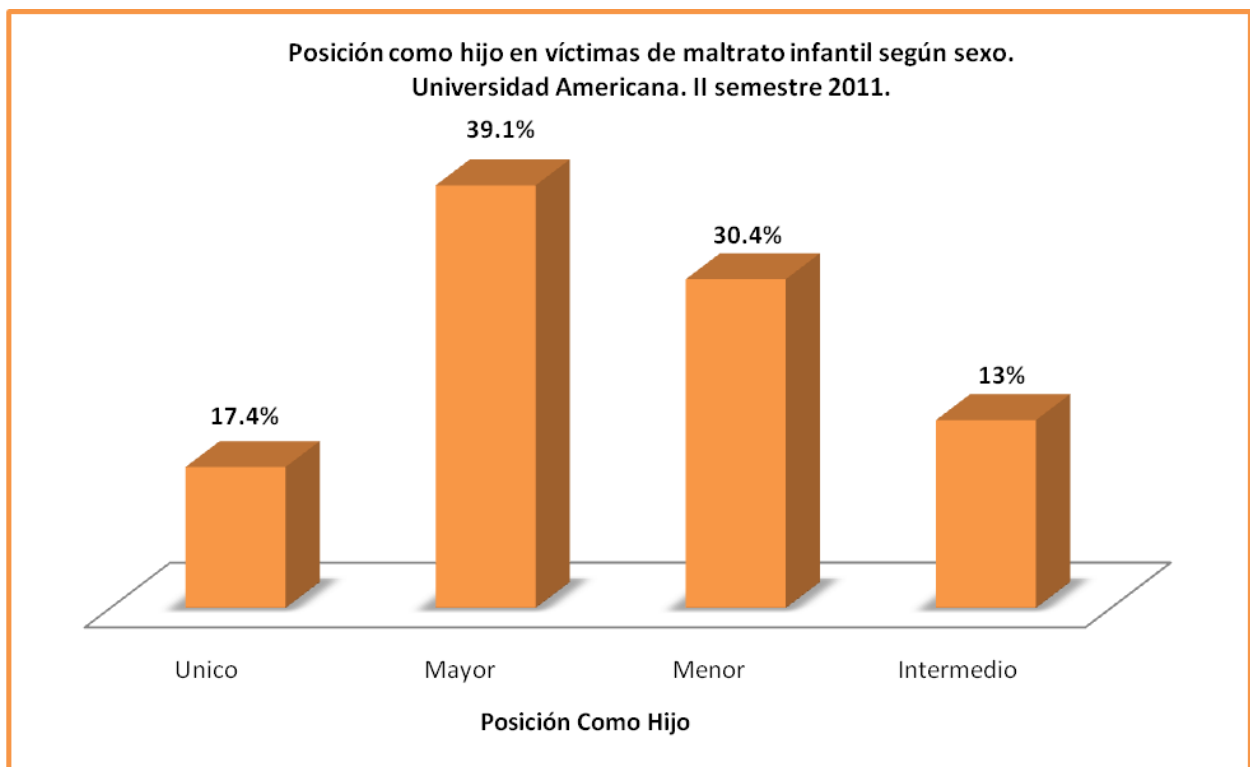


Fuente: Tabla 5

Posición como hijo entre hermanos/as

Del total de participantes víctimas, el 39.1% correspondieron al hijo mayor, resaltando que 1 de cada 3 víctimas de maltrato infantil corresponde en ser el hijo mayor.

Grafico No. 5

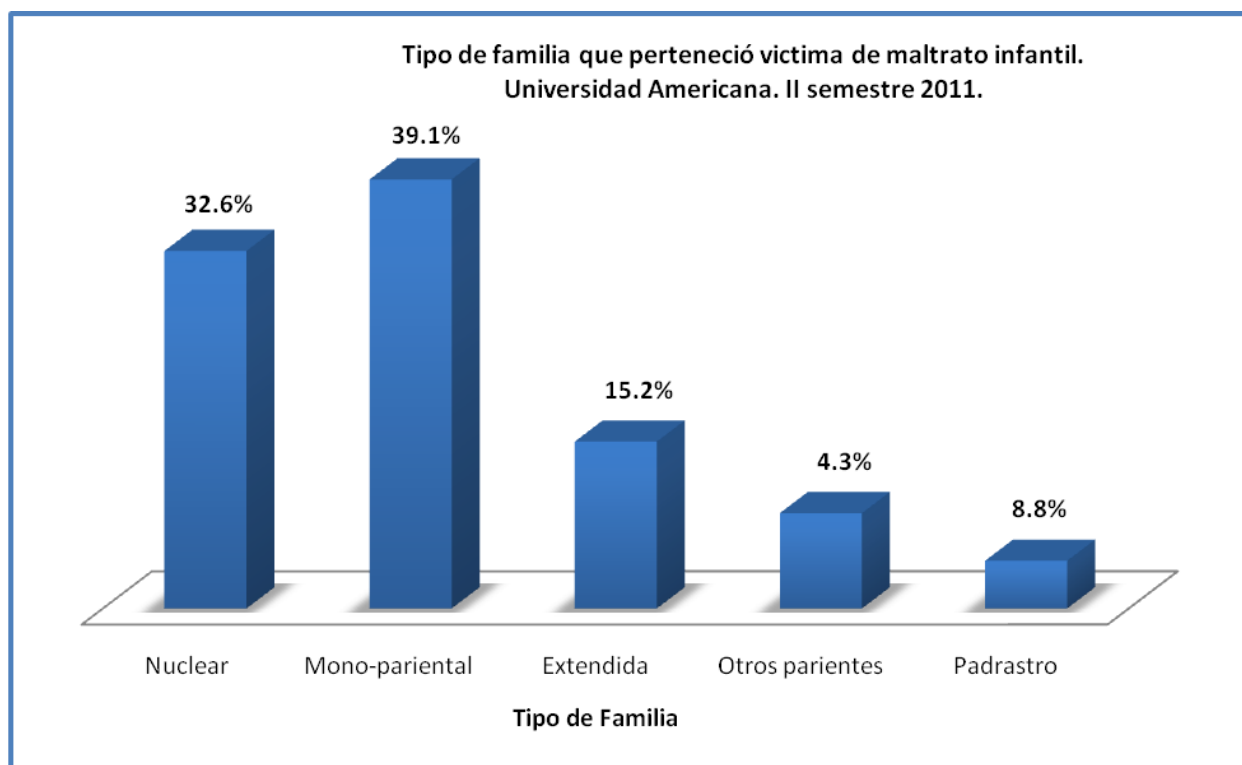


Fuente: Tabla 6

Tipo de familia según su integración

En cuanto el tipo de familia en cual las víctimas de maltrato infantil pertenecían, un 39.1% correspondió a familias mono-parentales, entendiéndose como los hijos e/o hijas viven solo con uno de los padres.

Gráfico No. 6

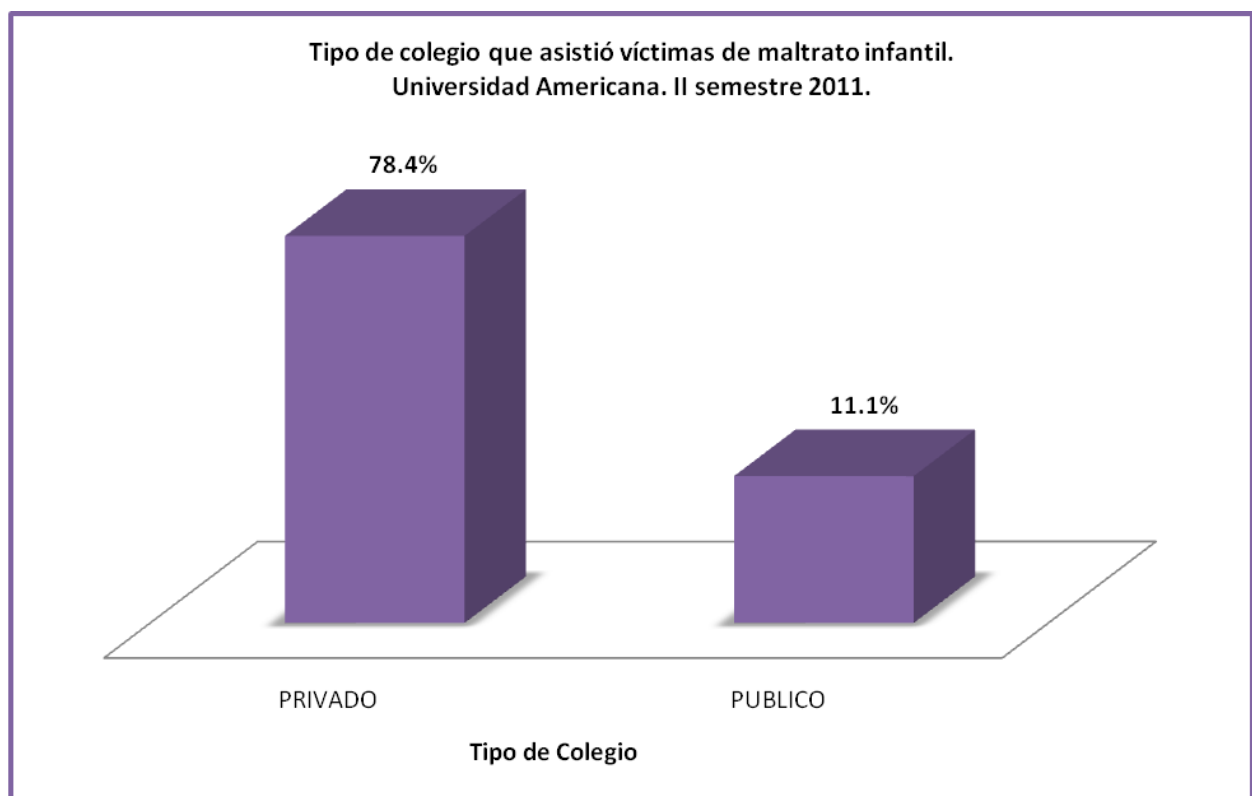


Fuente: Tabla 8

Tipo de colegio que asistió

En cuanto al tipo de colegio que asistió las víctimas de maltrato infantil, resultó que un 78.4% asistió a un colegio privado.

Grafico No. 7

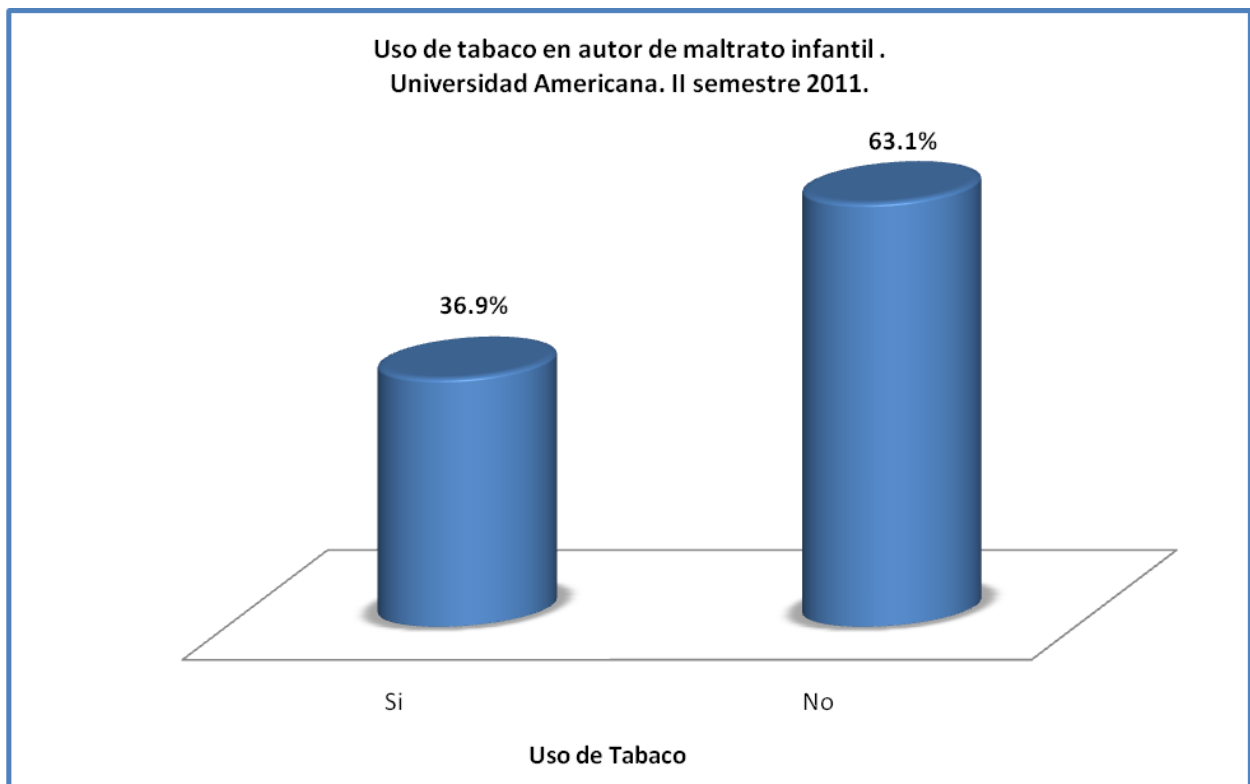


Fuente: Tabla 13

Uso de tabaco en autor de maltrato infantil

En cuanto al uso del tabaco, el 36.9% de los encuestados que sufrieron maltrato infantil respondieron que el autor quien causaba el maltrato fumaba.

Grafico No. 8

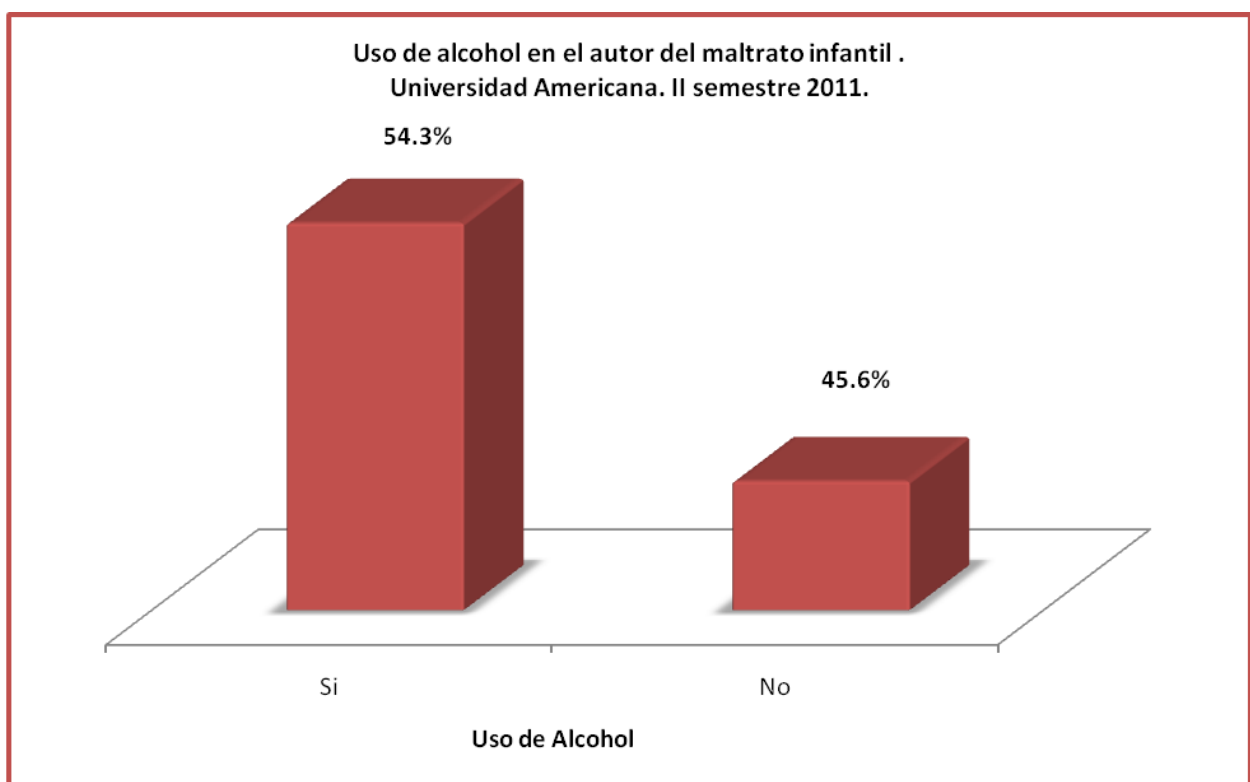


Fuente: Tabla 7

Uso de alcohol en autor de maltrato infantil

En cuanto el uso de alcohol en el autor del maltrato, un 54.3% resultó como factor de riesgo positivo para permitir el desarrollo del maltrato infantil en las familias.

Grafico No. 9

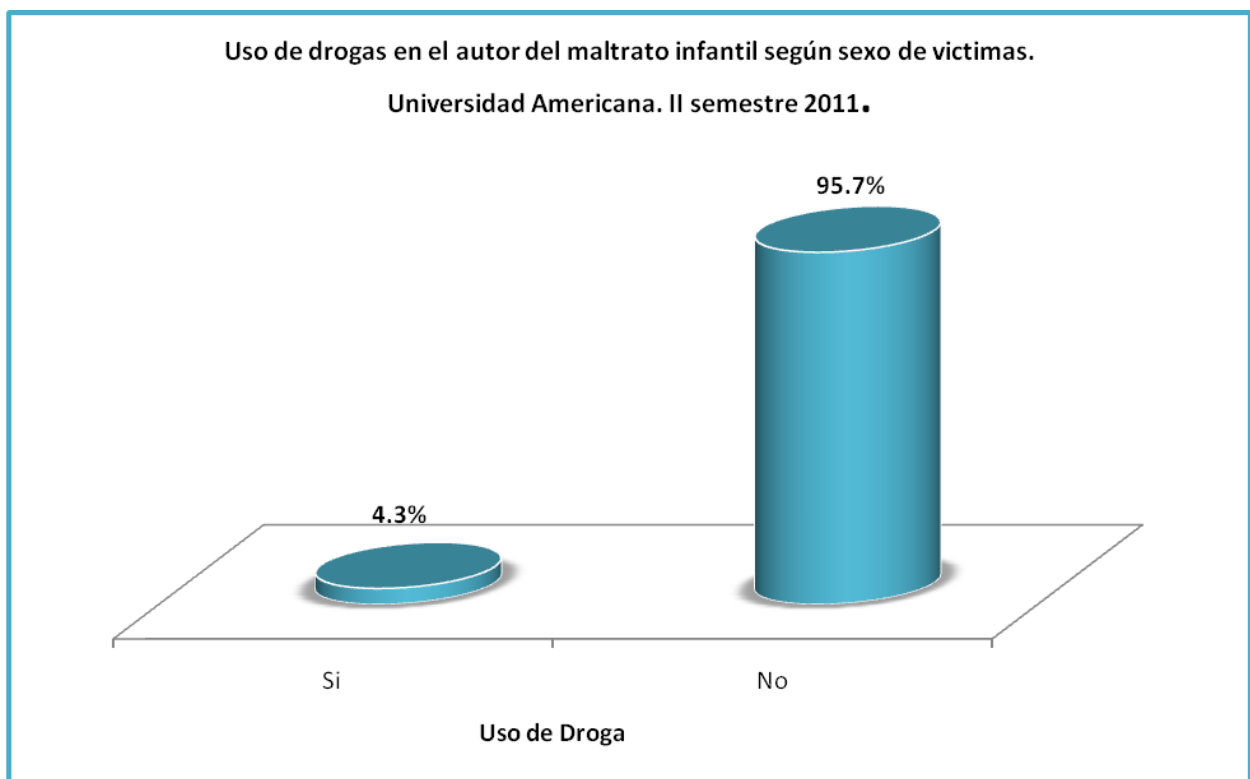


Fuente: Tabla 9

Uso de drogas de abuso por el autor de maltrato infantil

En cuanto al uso de drogas de abuso en el autor de las víctimas de maltrato infantil, en un 4.3% resulto positivo.

Grafico No. 10

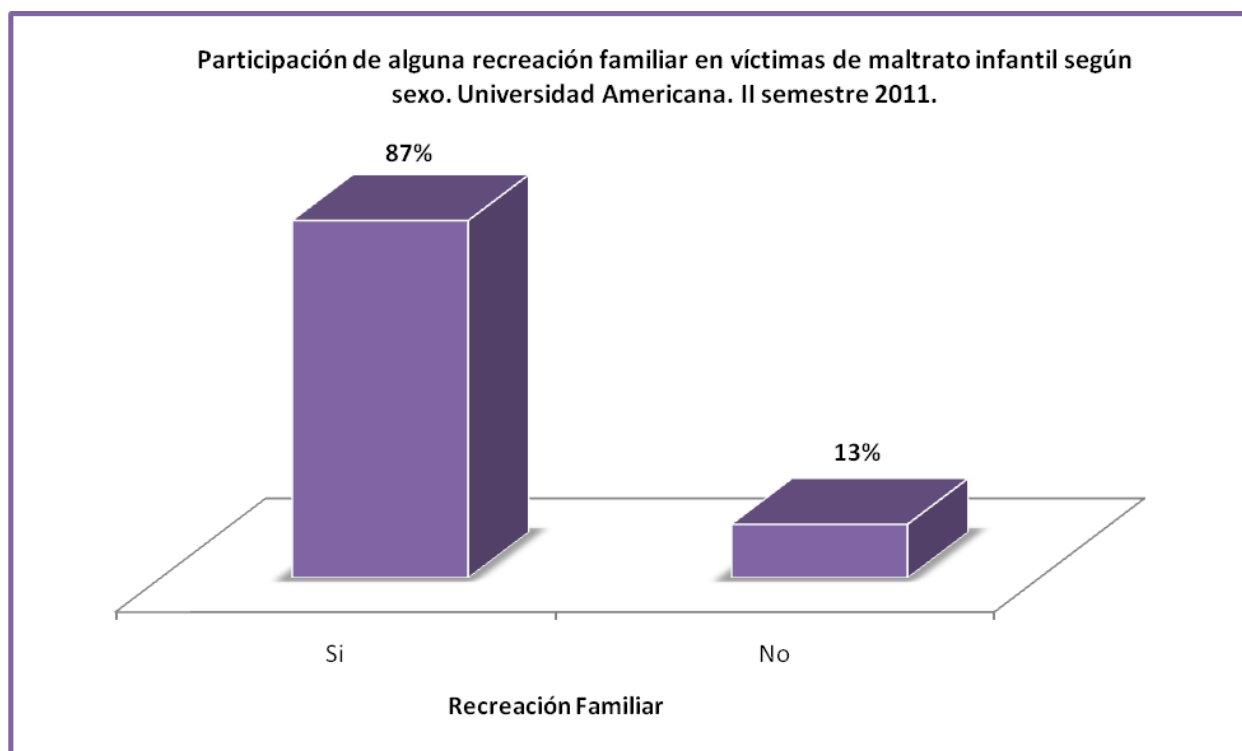


Fuente: Tabla 12

Participación de algún tipo de recreación familiar

Del total de participantes encuestados que sufrieron maltrato infantil, un 13% no participaron en algún tipo de recreación familiar en la infancia, lo que se considera como posible desencadenante de maltratos en la infancia por la falta de interacción familiar.

Grafico No. 11

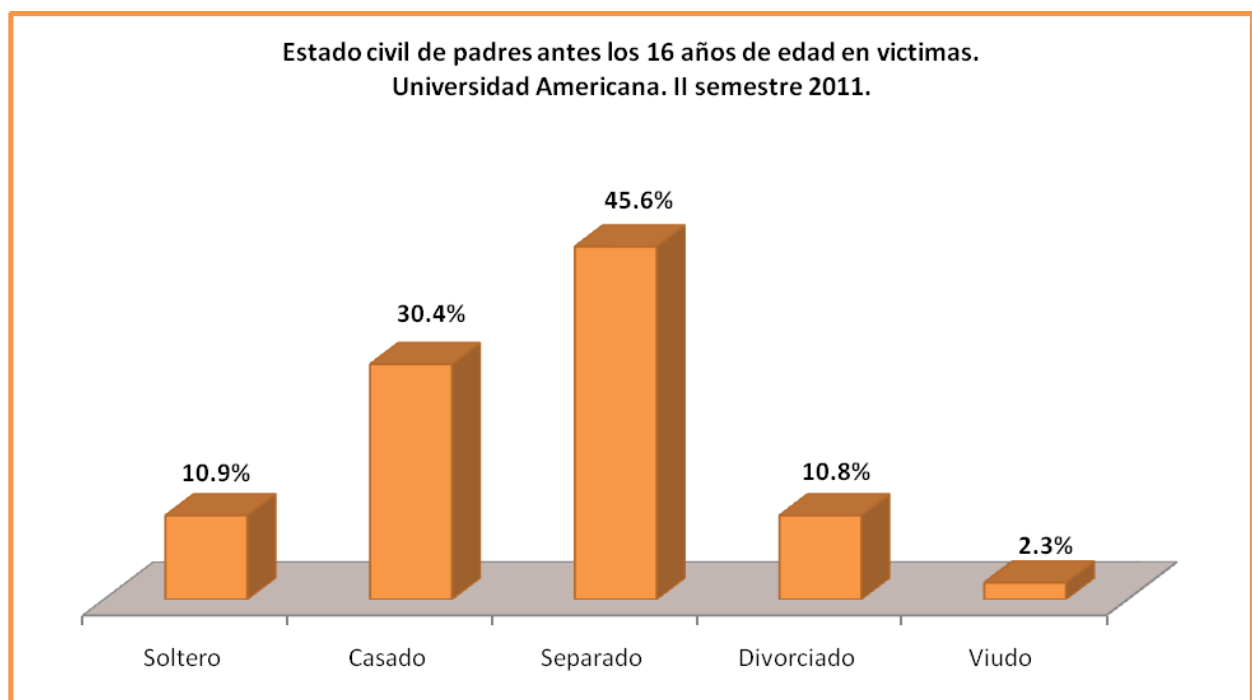


Fuente: Tabla 10

Estado civil de los padres

Del universo de víctimas de maltrato infantil a estudio, 21 de ellos eran de padres separados, correspondiendo a un 45.6% del total de casos maltratados en sus infancia y/o adolescencia; 14 pertenecían a padres casadas significando un 30.4 %.

Grafico No. 12

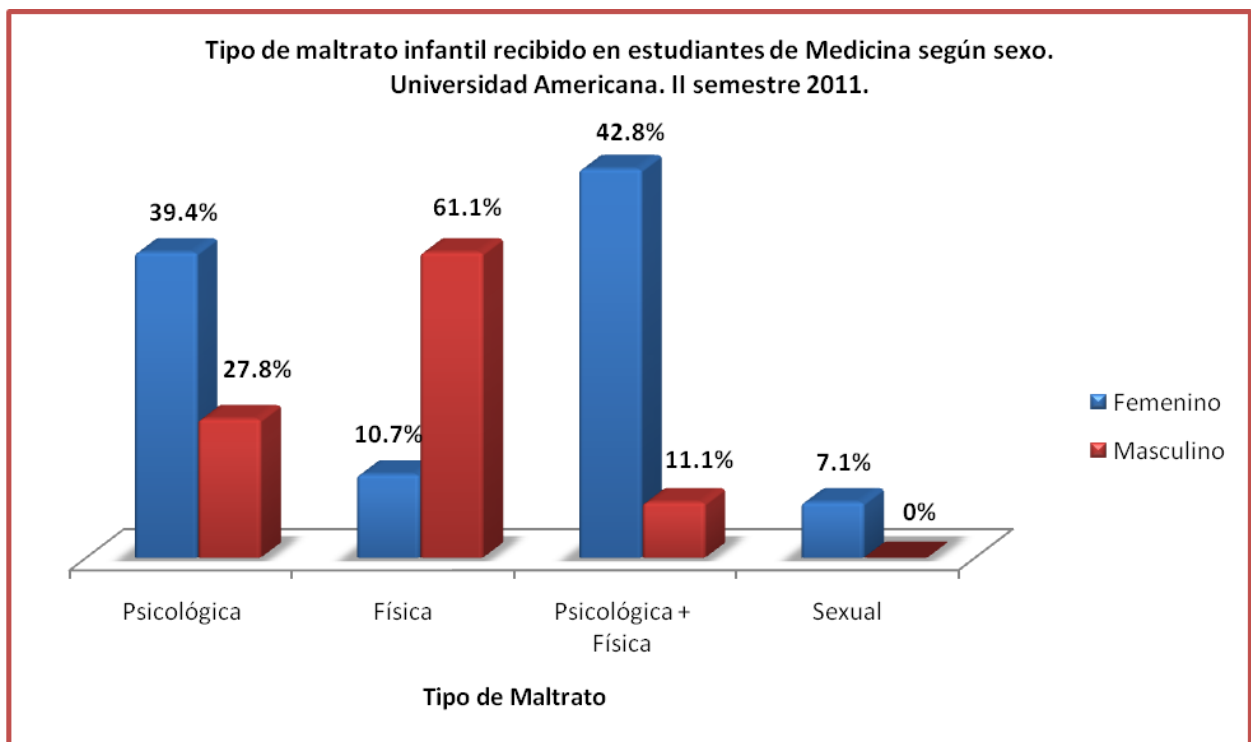


Fuente: Tabla 15

Tipo de maltrato según sexo

El tipo de maltrato más evidente en el sexo masculino fue el tipo físico con un 61.1% de prevalencia en contraste con el del sexo femenino que fue el tipo física acompañada con psicológica de un total de 42.8% de las víctimas. En el sexo femenino también prevalece el abuso sexual con un 7.1% en cual este fenómeno no se observó en el sexo masculino y resultó en 0.0%.

Grafico No. 13

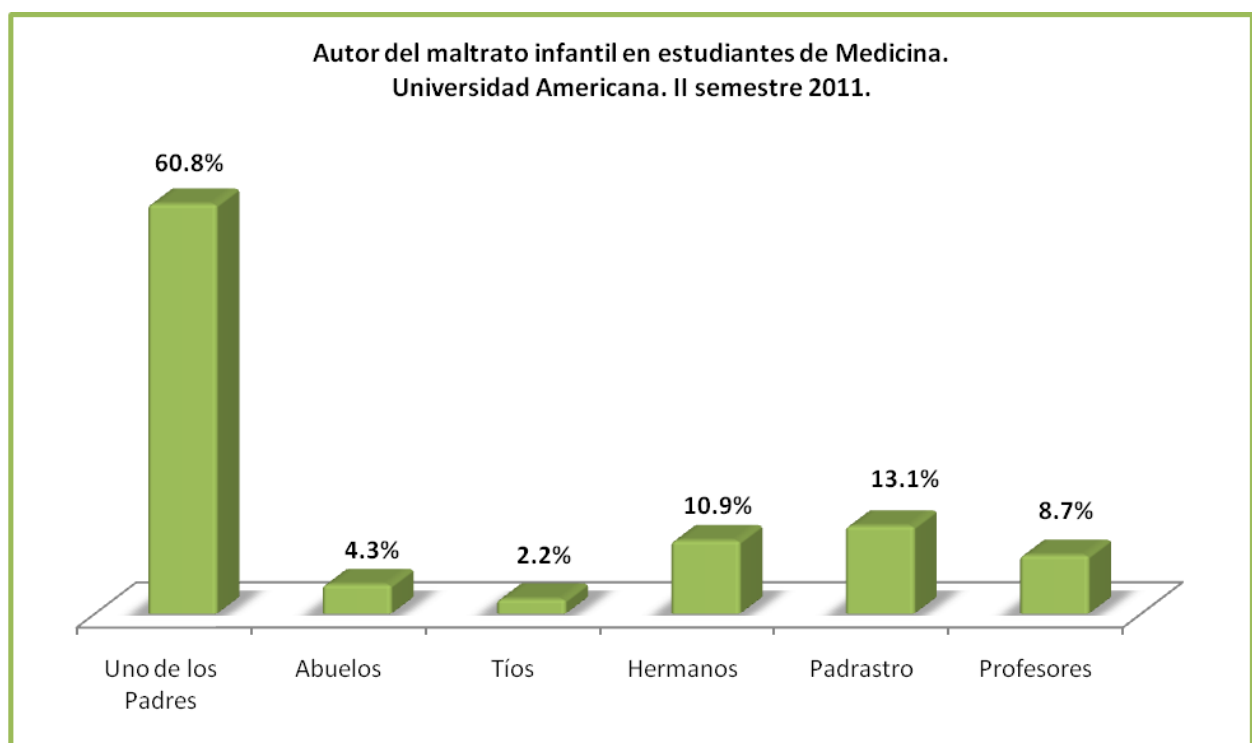


Fuente: Tabla 11

Autor del maltrato

Del universo de víctimas encuestados que sufrieron maltrato infantil resultó que un 60.9% fue uno de los padres el autor del maltrato.

Grafico No. 14

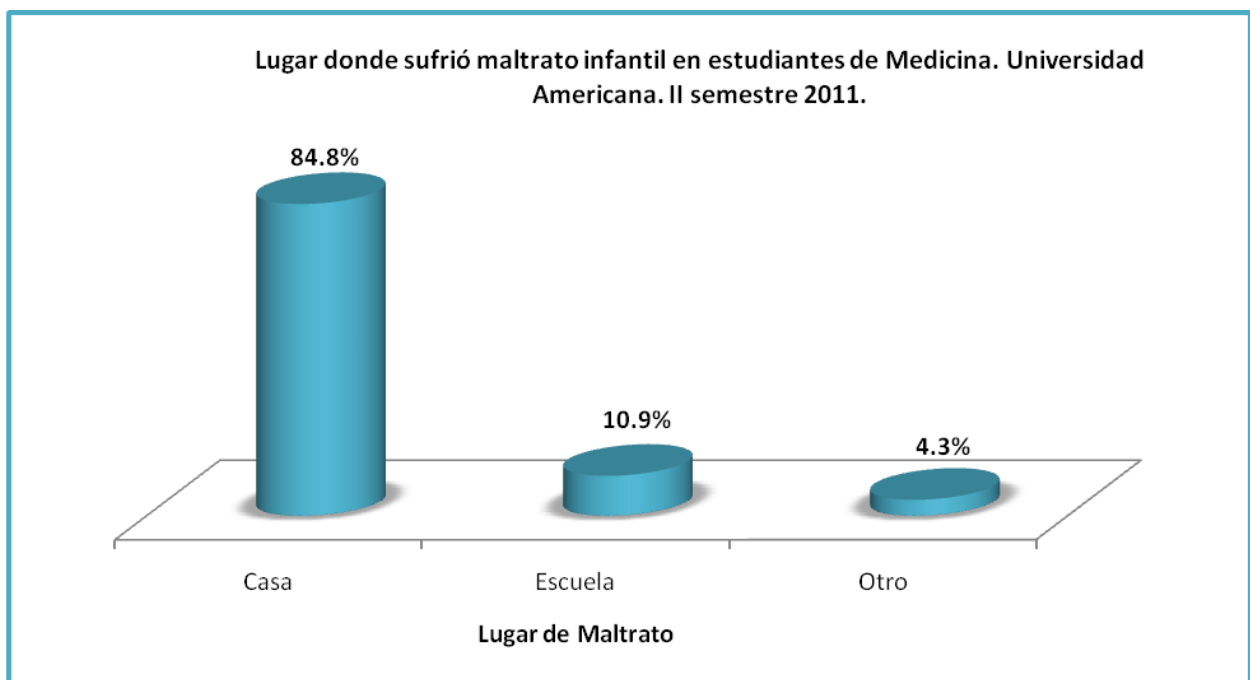


Fuente: Tabla 33

Lugar donde sufrió maltrato infantil

En cuanto al lugar donde sufrió el maltrato infantil, del universo de casos encuestados, 41 de ellos, 84.8%, ocurrieron dentro de la casa.

Grafico No. 15

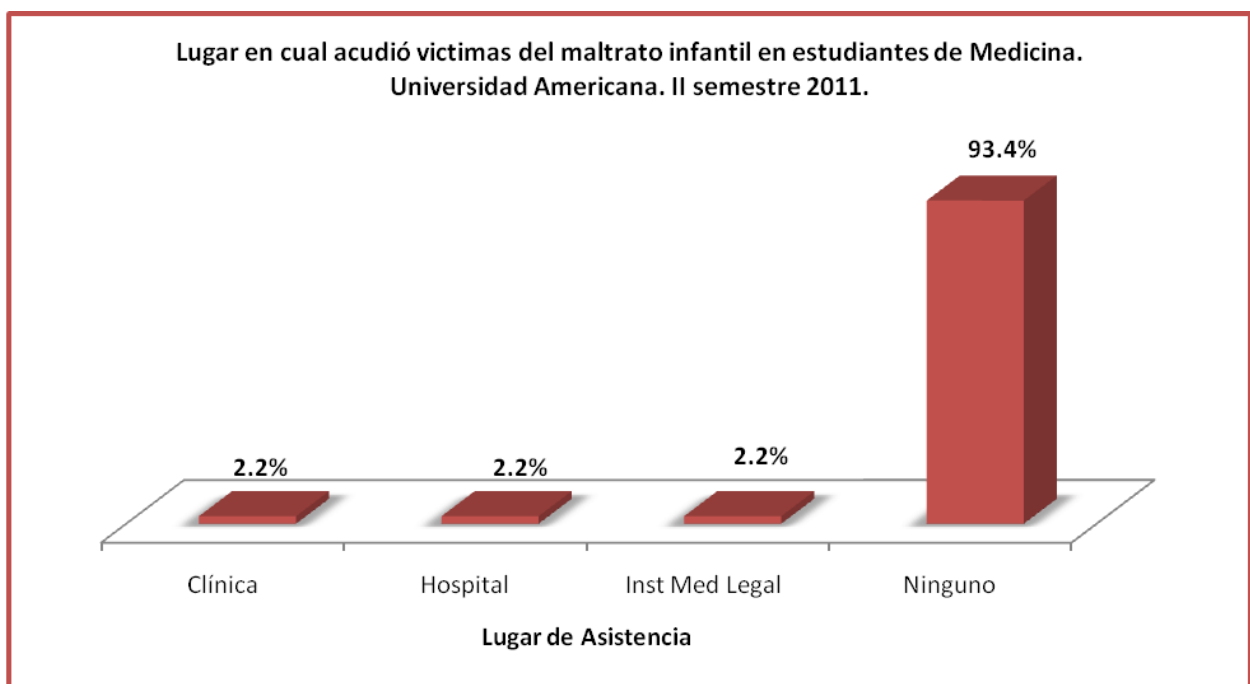


Fuente: Tabla 32

Lugar donde recibió asistencia por maltrato infantil.

Del universo de víctimas de maltrato infantil, únicamente el 2.2% acudieron al hospital, el 2.2% a una clínica y 2.2% al Instituto de Medicina Legal. La mayoría 44 de ellos, es decir un 93.4%, no recibió ni acudió a ningún tipo de Institución de ayuda.

Grafico No. 16



Fuente: Tabla 37

Conocimiento de instituciones de ayuda en maltrato infantil

En cuanto instituciones relacionadas con el maltrato infantil, el 58.7% del universo de víctimas encuestados no conocían de alguna Organización.

Grafico No. 17



Fuente: Tabla 38

VII. DISCUSION

El 46% de los estudiantes de la Facultad de Medicina quienes fueron encuestados en el II semestre del año 2011, respondieron afirmativamente que sufrieron algún tipo de maltrato infantil en su niñez o adolescencia.

Dentro de las principales características personales de los encuestados se destaca que el 65.3% de las víctimas se encontraba al momento que inicio el maltrato en el rango de edad entre 6 – 10 años, el 15.2% de 11-16 años y el 8.6% eran entre el 1-5 años de edad, lo que nos coincide con las referencias de otros estudios internacionales, donde se demuestra que los niños y niñas menores que están entre las edad de 6 y 10 años son los grupos más expuestos a este fenómeno.

La distribución en cuanto a sexo coincide el predominio femenino en el estudio 2009 con un 58.5%, mientras en 2011 con un 60.9%, similar condición se presenta en el estudio Maltrato Infantil y Relaciones Familiares en Chile en el que el sexo femenino representaba el 51.3%. Algunos autores relacionan la recurrencia contra las mujeres con el hecho de que generalmente los agresores son del sexo masculino.

Se evidencia en el presente estudio que los participantes con nacionalidad nicaragüense sufrieron maltrato infantil en mayor porcentaje que los de nacionalidad extranjera mayoritariamente de Estados Unidos, según estudios se relaciona que en Latinoamérica existe una cultura de abuso, maltrato a los menores como medio de educación, en el caso de países anglosajones (EEUU) aplican otras medidas correctivas menos agresivas.

En cuanto la condición de hijo sin importar su lugar ya sea el mayor, menor, intermedio o hijo único, el tipo de maltrato que predominó es la violencia psicológica acompañada de la violencia física, sin embargo en este grupo fue más frecuente esta práctica en los hijos mayores y menores.

En Nicaragua hay una gran variedad de formas de organización familiar, con predominio de la familia nuclear (los hijos e hijas viven con sus padres y madres). En el presente estudio se observó que existe una mayoría en familias mono-parentales, pero también se registra un importante porcentaje en familias extendidas (los niños, niñas y adolescentes viven con el papa, mama y otros parientes).

Estudios realizados en países industrializados señalan que el maltrato tiene como precedentes condiciones familiares inapropiadas, manifestaciones de abandono infantil y consumo de sustancias tóxicas por parte de las personas responsables del cuidado de los menores. En los aspectos que se pudieran considerar como factores de riesgo positivos para fomentar un ambiente propicio de violencia

De los casos que sufrieron violencia psicológica y física por parte del autor mayormente los padres refirieron que el 36.9% fumaba, el 54.3% tomaban alguna bebida alcohólica, el 4.3% de los autores usaban drogas y el 17.6% no tenían recreación familiar

En el estudio retrospectivo Abuso Sexual y Maltratos contra Niños, Niñas y Adolescentes: Perspectiva Psicológica y Social en Buenos Aires en el año 2005, el 55% de los encuestados Universitarios admitió haber recibido castigos físicos en la infancia, en el estudio realizado a los estudiantes en el 2009 fue de 43.6%, en cambio en el presente estudio fue de 30%. En América Latina y el Caribe, con una población de más de 190 millones de niños, las investigaciones realizadas indican que posee los mayores índices de violencia, que afectan sobre todo a mujeres, niños y niñas (Pinheiro, 2006). Según el estudio del Secretario General, en la región la violencia contra los menores de edad en el interior de las familias se manifiesta principalmente por medio del castigo físico como forma de disciplina.

Resulta innegable la necesidad de un estado emocional equilibrado para lograr el ajuste psicológico de un individuo consigo mismo y con el entorno donde se desenvuelve. El niño y el adolescente, con sus propias características de inmadurez biológica y psicológica, son convertidos en muchas ocasiones en blanco de agresiones físicas y psicológicas, como lo es el Abuso Sexual. Estas agresiones suelen convertirse a su vez en factores que inciden directamente en la aparición de trastornos emocionales temporales o permanentes.

Con respecto al abuso sexual se manifestó en un 2% tanto en el estudio 2009 como en el 2011. La mayoría de los casos los abusadores son conocidos por las víctimas y, en una proporción importante, son familiares.

De las familias nucleares (padres e hijos) que convivían juntos en la misma casa más del 50% de los encuestados indicaron haber sufrido de maltrato psicológico y físico, esta condición no debería de suceder porque es en este momento la primera etapa de socialización que el niño vive dentro de su núcleo familiar es muy importante para su futura relación con la sociedad. Más específicamente es lo que determina la manera en que se relaciona con esta. Si un niño sufre de maltrato en esta primera etapa de su vida, le quedan secuelas irreversibles algunas veces, que se pueden manifestar de diferentes maneras en su vida de adulto. El maltrato, además, viola los derechos fundamentales de los niños. Los niños maltratados hoy se convertirán en adultos problemáticos y agresivos del mañana. Son quienes estarán a cargo de la sociedad, quienes llevarán adelante a grupos y comunidades.

El 58.7% de los encuestados que sufrieron maltrato infantil en cualquiera de las categorías no conocían de alguna institución que brindara los medios para protección en contra de los maltratos que en ese momento eran víctimas por lo que no hicieron uso de ellas. Uno de los factores que indica gran vulnerabilidad es la falta de autonomía derivada de su corta edad y los consecuentes altos niveles de dependencia emocional, económica y social respecto de los adultos o de las instituciones (Pinheiro, 2006), lo que les dificulta poner freno a la situación que padecen, pedir ayuda o denunciar los hechos. Las evidencias indicarían que solo una pequeña parte de la violencia contra los niños y niñas es denunciada a la justicia e investigada por los órganos competentes, y pocos agresores son procesados.

VIII. CONCLUSIONES

1. El 46% de los estudiantes de la Facultad de Medicina quienes fueron encuestados en el II semestre del año 2011, respondieron afirmativamente que sufrieron algún tipo de maltrato infantil en su niñez o adolescencia.
2. El sexo femenino prevaleció como víctimas de maltrato infantil.
3. El rango de edad de mayor incidencia en cual inicio el maltrato infantil se dio cuando tenían entre los 6 y 10 años.
4. El hijo mayor predominó en haber sido el que sufrió maltrato infantil.
5. La vivienda en la cual se encontraba la familia mono-parental, los hijos e hijas viviendo solo con uno de los padres, predominó en los casos de maltrato infantil.
6. La mayoría de los casos de maltrato infantil provienen de padres los cuales se encontraban separados.
7. La violencia psicológica acompañada con violencia física constituye el tipo de maltrato de mayor frecuencia en las víctimas de maltrato infantil en sexo femenino en cambio en el masculino predomina el de tipo físico.
8. Los padres constituyeron como los autores principales del maltrato infantil.
9. La casa constituyó el lugar predominante donde ocurrió el maltrato infantil.
10. Del universo de víctimas de maltrato infantil la mayoría no conocían de ninguna Institución de ayuda al momento de haber sido maltratado.

IX. RECOMENDACIONES:

1. Implementar talleres ó seminarios de entrenamiento al personal de salud, profesores de escuelas y de Centros infantiles relacionados con el maltrato infantil.
2. Promover estrategias de participación de los niños en alternativas que aborden el problema de maltrato infantil.
3. Abordar la dimensión de género de la violencia contra los niños y niñas.
4. Promover valores en contra de la violencia a nivel de los hogares mediante la incorporación de esta temática en programas de radio o televisión de cobertura nacional.
5. Desarrollar acciones de difusión y sensibilización entre los niños y niñas, las familias y la comunidad acerca de los derechos de los niños.
6. Proporcionar alternativas locales de servicios de recuperación y reinserción social.
7. Ofrecer a los padres y familiares el espacio y las oportunidades para experimentar formas no violentas de resolución de los conflictos.
8. Llevar a cabo asambleas con miembros de las familias que estimule la participación democrática en la vida del hogar a los padres.
9. Articular en el currículo de formación de médicos actividades dirigidas a la revisión crítica del problema del maltrato infantil.
10. Estimular la confianza de los niños/as para reportar el maltrato infantil cuando se presente.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Programas de parentalidad individuales y grupales para el tratamiento del abandono y el maltrato físico infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consulta: 1 febrero 2007]
2. CDC. – OMS. Estudio por la Encuesta mundial sobre salud escolar. Organización Mundial de la Salud. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/gshs> o [http://www.who.int/school_youth health/gshs](http://www.who.int/school_youth_health/gshs). [Consulta: 26 febrero 2004]
3. CDC. Adverse Childhood Experiences Study, 2006. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE>. [Consulta: 26 febrero 2004]
4. Coren E, Barlow J. Programas individuales y en grupo de ayuda a los padres adolescentes para mejorar los resultados psicosociales entre éstos y sus hijos. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consulta: 26 febrero 2004]
5. Díaz Huertas JA, Esteban Gómez J, Romeu Soriano FJ, Puyo Marín C, Gotzens Busquets F, Pastor Aguilar P et al. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Madrid: Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil. Observatorio de la Infancia. Dirección General de Acción Social del Menor y de la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
6. Epidemiología y prevención del maltrato infantil. Dr. Sáez Crespo, Jesús Antonio; Editorial, Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, Madrid, 2008
7. InterParliamentary Union. What is Female Genital Multination? Disponible en: URL: <http://www.ipu.org/wmn-e/fgm-what.htm>. [Consulta: 1 febrero 2007]
8. IPSCAN. International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. World Perspectives on Child Abuse. Chicago. Seventh Edition, 2006.
9. OIT. Eliminación del trabajo infantil: un objetivo a nuestro alcance. Informe global. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2006.

10. ONU. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. AG de 26 de Agosto de 2006. Nueva York, 2006
11. Organización Mundial de Salud. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Editorial Meditar; 1992.
12. UNICEF. Hojas informativas sobre la protección de la infancia. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mayo de 2006.
13. UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2008. Nueva York: Unicef; 2008.
14. WHO. Global Estimates of Health Consequences due to Violence against Children. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2006.

XI. ANEXOS

Anexo 1

Glosario de Términos

Abandono emocional: situaciones de omisión producidos por los padres o los adultos cuidadores que implican la no respuesta de los mismos a la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de niños y niñas, habiéndose podido responder a las mismas.

Abandono físico: comprendido por aquellas situaciones de omisión producidas por los padres o adultos cuidadores y en las cuales no se dio respuesta a las necesidades básicas de niños y niñas (alimentación, vestimenta, higiene, protección, educación y cuidados sanitarios), siendo que se podía haber respondido.

Abuso sexual: comprende las acciones recíprocas entre un niño/a y un adulto, en los que el niño/a está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño/a.

Abuso deshonesto o atentado al pudor: es el delito sexual sin acceso carnal; consiste en la masturbación a niños/as o la introducción de los dedos o cuerpos extraños en ellos/as, tocamientos de nalgas o senos. Es difícil de comprobar, pero ocasionalmente puede haber enrojecimiento vulvar o anal, erosiones, escoriaciones, equimosis y heridas.

Acto sexual: Contacto entre el pene y la vulva o el ano, contacto entre la boca y el pene, la vulva o el ano; penetración manual, digital o por un objeto en la vulva o el ano.

Agresión sexual: se considera cuando se introduce por vía anal o vaginal objetos distintos al miembro viril y en las mismas condiciones que en la violación.

Amenaza de violencia: El uso de palabras, gestos o armas que denote la intención de causar daño, lesión o muerte.

Asalto: Aplicación intencional de fuerza en contra de una persona, en forma directa o indirecta y sin el consentimiento del otro.

Caso: En epidemiología, una persona en la población o grupo de estudio identificado por tener una enfermedad o lesión o condición bajo investigación. Una variedad de criterios y fuentes de información pueden ser usadas para definir un caso. La definición epidemiológica no necesariamente equivale a la definición médica o legal.

Castigo físico: empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta. No siempre es sencillo saber cuándo termina el "disciplinamiento" y comienza el abuso, es una práctica muy difundida y socialmente aceptada.

Contacto sexual abusivo: Contacto intencional táctil directo o a través del vestido en el área genital, inguinal, anal, glútea o en los senos, sin previo consentimiento de una persona, o si la persona no puede comunicar sus deseos, ya sea porque no entiende la naturaleza del acto, porque no puede expresar su deseo de no participar. (Por enfermedad, inhabilidad, edad, influencia de alcohol o drogas o intimidación y presión).

Corrupción: conductas de los adultos que impiden la normal integración social del niño y que promueven pautas de conducta antisocial o desviada (como premiar al niño por robar, alentar el consumo de drogas y/o alcohol, etc.).

Denuncia: Aviso a la autoridad competente de una violación de la ley 61. Derechos humanos. La visión tradicional los limita a derechos cívicos y políticos incluidos el derecho a la vida, libertad, seguridad, a la no-discriminación por color, sexo, idioma, religión, clase social u opinión política. Incluye también derecho a voto, libertad de expresión y prensa, respeto de la privacidad, hogar o familia, derecho a ser juzgado justamente y bajo presunción de inocencia. Hoy se acepta el derecho a un adecuado bienestar y nivel de vida, derecho a la educación, a la equidad en salarios y el derecho de las minorías para preservar su cultura.

Encuesta de victimización: Encuesta que busca describir las características de los crímenes, las víctimas y los victimarios, con relación a un evento violento y las tendencias que hay respecto a diferentes eventos violentos.

Epidemia: La ocurrencia de casos de una enfermedad o condición de salud en una comunidad en mayor proporción a la usualmente esperada durante un período específico y en un lugar definido.

Episodio violento: Un acto o serie de actos que se perciben como conectados entre sí y que pueden persistir por un período de minutos, horas o días. Un episodio violento puede involucrar uno o varios tipos de violencia (v. g. física, sexual, psicológica).

Estupro: es la cópula con una mujer honesta empleando la seducción o engaño para alcanzar su consentimiento.

Explotación laboral: situación donde determinadas personas asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y que son asignados al niño con el objeto de obtener un beneficio económico.

Homicidio: Es el acto por el cual una persona mata a otra. Por lo común es ejecutado ilegítimamente y con violencia⁶⁴. Incidencia. El número de casos nuevos que se presentan durante un período determinado en una población definida.

Inhabilidad: Debilitamiento que resulta en una restricción o incapacidad para ejecutar una actividad de una manera o dentro de un rango considerado como normal.

Lesión: Cualquier daño intencional o no intencional al cuerpo debido a exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química o debido a la ausencia de calor u oxígeno que lleve en un daño corporal o psíquico temporal o permanente y que puede ser o no fatal.

Maltrato o abuso infantil: Está constituido por toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en un daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder.

Maltrato emocional: que implica las actitudes de indiferencia, insultos, ofensas, y/o desprecios, producidos por los padre o adultos cuidadores y que los/as dañan en su esfera emocional (generándoles sentimientos de desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal).

Maltrato físico: comprende los actos cometidos por padres o adultos cuidadores contra niños y niñas que les generan lesiones físicas temporales o permanentes; causados con diversos objetos. Se refiere a golpes con la mano u objetos como cables, correas, pantuflas, palos, entre otros; pellizcos, cachetadas, puños, empujones, puntapiés, magulladuras, quemaduras, pinchazos, asfixia, ahogamiento, heridas, lesiones, que generalmente se dan como producto de castigos físicos que los padres ocasionan a los niños(as). Este tipo de maltrato se ha justificado en la creencia de que el castigo físico es necesario para que los niños aprendan y se comporten bien.

Maltrato institucional: cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivados de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño. En realidad, los protagonistas de este maltrato son las personas responsables de la atención, protección y educación del niño, así como los responsables de las diferentes políticas aplicables a la infancia. La violencia contra el menor se hace evidente en el medio médico durante la atención nosocomial y en el medio jurídico cuando el problema ha sido revelado por el pedido de ayuda o la denuncia.

Maltrato prenatal: falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o el auto suministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto del que es portadora.

Maltrato psicológico: Es el tipo de maltrato más frecuente y destructivo y a su vez el más difícil de detectar. Se conoce también como maltrato emocional y/o verbal y se refiere a aquellas situaciones en las que el adulto responsable del niño no satisface las necesidades de afecto y atención necesarias para el buen desarrollo de su autoestima. Abarca, entre otros, los insultos, las agresiones verbales, el rechazo, el desprecio, la burla, la crítica y las amenazas.

Mendicidad: actividades o acciones, llevada a cabo por un menor, consistente en demandas o pedir dinero en la vía pública (explotación de menores).

Móvil, motivo: Razón posible o establecida, por la cual se presentó el hecho violento.

Muerte (o lesión): en accidente de tránsito o lesión no intencional. Se produce como consecuencia de una colisión o atropellamiento por un vehículo de transporte. Aún cuando pueden existir elementos agravantes como el consumo de alcohol u otras drogas, generalmente es sin intención.

Patrón de violencia: La manera cómo se distribuye la violencia en el tiempo en términos de frecuencia, severidad o tipo de episodio.

Prevalencia: Número total de casos de una condición específica durante un período de tiempo en una población definida. Generalmente se refiere al número de casos en un punto determinado en el tiempo.

Síndrome del bebé zarandeado: se produce por una violenta sacudida del cuerpo del lactante con el objeto de callar su llanto; se caracteriza por hemorragia retiniana, hemorragia cerebral: hemorragia subdural o subaracnoidea y ausencia de trauma craneal externo.

Síndrome de Münchhausen por poderes: situaciones en el que el padre/ madre (principalmente) someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas físicos patológicos, ficticios o generados de forma activa por el padre /madre.

Suicidio: Acción y efecto de quitarse la vida o de auto eliminarse.

Tolerancia: Respeto hacia las opiniones el pensamiento, las creencias, costumbres y acciones ajenas.

Validez interna: El grupo de estudio y los de comparación se seleccionan y comparan de tal manera que las diferencias observadas entre ellos a nivel de las variables de estudio son (independientemente de errores de muestreo), debidas a la hipótesis en estudio.

Víctima: Toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, económico, o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales, debido a actos u omisiones que violan las leyes que operan en ese Estado.

Victimario: Toda persona que inflige o causa violencia y/o abusa una víctima.

Violación: es el acceso carnal con introducción parcial o total del miembro viril por vía anal, vaginal o bucal con persona de uno u otro sexo cuando la víctima es menor de 14 años, cuando la persona está impedida, lisiada, enferma, no puede resistirse y cuando se usa la fuerza o intimidación.

Violación sexual, violencia sexual: Es todo acto sexual que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra persona a ejecutar contra su voluntad, o a que participe en interacciones sexuales que propicien su victimización y de la que el ofensor intenta obtener gratificación.

Violencia: Es la amenaza o uso intencional de fuerza, coerción o poder, bien sea físico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad, o contra si mismo, y que produce, o tiene alta probabilidad de producir daño en la integridad física, psíquica, sexual, en la personalidad y aún en la libertad de movimiento de la víctima.

Violencia de género: Cualquier acto de fuerza verbal o física, o de privación que atente contra la vida, dirigido a personas de un sexo y que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad o que perpetúe la subordinación.

Violencia física: El uso intencional de fuerza física con el potencial riesgo de causar muerte, inhabilidad, lesión o daño. Incluye, más no se limita a acciones como rasguñar, empujar, tirar, morder, ahorcar, pegar, quemar, usar un arma, amarrar. Incluye también la coerción de otro sujeto para cometer actos violentos.

Violencia psicológica o abuso emocional: Representa el trauma ocasionado a la víctima ya sea por actos o amenazas de actos de violencia o tácticas de coerción. Algunos ejemplos de tácticas de coerción o de abuso pueden ser: humillación de la víctima, ignorar los deseos de la víctima, aislamiento de la familia y amigos por parte del abusador, destrucción de propiedad o abuso de los recursos económicos de la víctima.

Anexo 2

Comportamiento del Maltrato Infantil en Estudiantes De Medicina. Universidad Americana. II Semestre 2011.

Ficha de Recolección de la Información

Sexo: Femenino _____ Masculino _____ No de Hermano/a: _____

Año cursando en la carrera _____ Lugar de Nacimiento: Nacional _____ Extranjero _____

Colegio que Asistió: Privado _____ Publico: _____

Condición como hijo: Único _____ Mayor _____ Menor _____ Intermedio _____

Marque con una x su respuesta

1. ¿Tipo de Familia en cual pertenecían y convivían cuando usted era <16 años?

Familia Nuclear _____ Familia Extendida _____
Familia Mono-Parental _____ Otros Parientes _____

2. ¿En alguna ocasión sufrió maltrato antes los 16 años de edad?

Si _____ No _____

3. Edad en que inicio maltrato infantil: 1-5 años _____ 6-10 años _____ 11-16 años _____

4. ¿Quien era el autor del maltrato infantil antes los 16 años de edad?

Padres	Si _____	No _____	Abuelos	Si _____	No _____
Tíos	Si _____	No _____	Hermanos	Si _____	No _____
Padrastro	Si _____	No _____	Otros	Si _____	No _____
Profesor	Si _____	No _____	En caso de Otros especifique: _____		

5. ¿El autor del maltrato infantil tenía hábitos tabáquicos (fumaban) cuando usted era <16 años de edad?

Si _____ No _____

6. ¿El autor del maltrato infantil ingería bebidas alcohólicas con frecuencia cuando usted era <16 años de edad?

Si _____ No _____

7. ¿El autor del maltrato infantil utilizaban drogas sin prescripción/ilícitas cuando usted era <16 años de edad?

Si _____ No _____

8. ¿Participaba usted en algún momento de recreación familiar antes los 16 años de edad?

Si _____ No _____

9. ¿Cuál era el estado civil de sus padres antes los 16 años de edad?

Soltero _____ Divorciado _____ Unión libre _____
Casado _____ Separado _____ Viudo _____

10. ¿Seleccione de cuales fue víctima usted antes los 16 años de edad por el autor maltratador?

Golpes	Si _____	No _____	Azotes	Si _____	No _____
Empujone	Si _____	No _____	Bofetadas	Si _____	No _____
Tirar objetos	Si _____	No _____	Rechazos	Si _____	No _____
Heridas	Si _____	No _____	Criticas	Si _____	No _____
Quemaduras	Si _____	No _____	Amenazas	Si _____	No _____
Indiferencia	Si _____	No _____			
Desprecio	Si _____	No _____			
Agresiones verbales	Si _____	No _____			
Testigos de violencia	Si _____	No _____			
Abuso sexual	Si _____	No _____			

11. ¿En qué lugar sufrió los maltratos antes los 16 años de edad?

Casa Si _____ No _____
Escuela Si _____ No _____
Otros Si _____ No _____ especifique: _____

12. ¿A qué lugar acudió para recibir algún tipo de ayuda antes los 16 años de edad?

Clínica Si _____ No _____ Hospital Si _____ No _____
Instituto de medicina legal Si _____ No _____
Ninguno Si _____ No _____
Otros Si _____ No _____ Especifique: _____

13. ¿Conocía usted algunas instituciones que influyan acerca del maltrato infantil antes los 16 años de edad?

Si _____ No _____

14. ¿Tenía algún conocimiento acerca de las organizaciones antes los 16 años de edad?

UNICEF Si _____ No _____
ALDEAS SOS Si _____ No _____
SAVE THE CHILDREN Si _____ No _____

Anexo 3

Modelo Integral del Maltrato Infantil

Tomado y modificado de Morales et al. (1997)

	FACTORES POTENCIADORES		FACTORES COMPENSADORES	
Ecológico	Vulnerabilidad	Provocadores	Protectores	Tampones
Desarrollo ontogénico	- Historia familiar de abuso, - Desarmonía familiar, - Falta de afectividad en la infancia de los padres, - Baja autoestima, - Pobres habilidades personales		- Ambiente familiar sin exposición a violencia, - Experiencia en los cuidados del niño, - Habilidad interpersonal, - C. I. elevado	Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
Microsistema a) Padres	-Trastornos físicos/psíquicos (incluye ansiedad y depresión), - Drogodependencias, - Padre / madre solo, - Madre joven - Padre / madre no biológico	-Enfermedades / lesiones, - Conflictos conyugales, - Violencia familiar -Falta de control de impulsos	- Planificación familiar, - Satisfacción personal, - Escasos sucesos vitales estresantes, - Intervenciones terapéuticas familiar	Armonía marital
b) Hijos	Hijos no deseados Trastorno congénito Tamaño de la patria Nacimiento prematuro Bajo peso al nacer Ausencia de control prenatal	Trastorno de la conducta del hijo Proximidad de edad entre hijos	Apego materno / paterno al hijo	Satisfacción en el desarrollo del niño
Exosistema a) Socio laboral	Bajo nivel social / económico	Desempleo Insatisfacción laboral		Condición financiera
b) Vecindario	Aislamiento social			Apoyo social Buena experiencia con iguales

Anexo 5
Clasificación del Maltrato Infantil

MALTRATO	ACTIVO	PASIVO
FISICO	Físico Abuso sexual Maltrato prenatal	Negligencia en el cuidado físico Abandono
EMOCIONAL	Mendicidad Corrupción Explotación laboral	Institucional
	Maltrato emocional	Negligencia en el cuidado psico-afectivo

Sáez Crespo JA y Martínez Piédrola M. Rev. Enfer. Cient. 224-225; 5-13, 2000.

Anexo 6

Tipo de Abuso

Tipos	Definición operativa
<i>Abuso físico</i>	Acción no accidental de los padres/cuidadores que provoque daño físico, enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Están incluidos conductas de castigo físico (azotes, bofetadas, empujones, tirarles objetos, palizas)
<i>Abandono físico</i>	Las necesidades básicas no son atendidas por ningún miembro adulto de la familia. Están incluidas la falta de asistencia educativa y sanitaria, peligros en el hogar
<i>Maltrato emocional y/o psicológico (se incluyen formas de abuso y abandono)</i>	Hostilidad verbal y/o falta de respuesta de una figura estable de apego a expresiones emocionales del niño o a los intentos de interacción hacia dicho adulto (indiferencia hacia el niño) durante los seis primeros años de vida. Se incluye el ser testigo de violencia
<i>Abuso sexual</i>	Cualquier clase de contacto o actividad sexual con un menor realizado desde una posición de poder o autoridad sobre aquel. Incluye la solicitud indecente sin contacto físico o seducción verbal explícita, la realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de órganos sexuales a un niño

Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2001

Anexo 7

Consecuencias Sobre la Salud

Físicas

Lesiones abdominales o torácicas

Lesiones cerebrales Moretones e hinchazón Quemaduras y escaldaduras

Lesiones del sistema nervioso central

Discapacidad

Fracturas

Desgarros y abrasiones Lesiones oculares

Relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva

Problemas de la salud reproductiva

Disfunción sexual

Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA

Embarazos no deseados

Otras consecuencias a largo plazo

Cáncer

Enfermedad pulmonar crónica

Fibromialgia

Síndrome de colon irritable

Cardiopatía isquémica

Enfermedad hepática

Problemas de la salud reproductiva, como la esterilidad

Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud. OMS, 2003.

Tabla 1

**Víctimas de Maltrato Infantil en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Maltrato infantil	No.	%
Sí	46	46.0
No	54	54.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 2

**Víctimas de maltrato infantil en estudiantes de Medicina según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Sexo	No.	%
Femenino	28	60.9
Masculino	18	39.1
Total	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 3

Rango de edad que inicio maltrato infantil en estudiantes de Medicina según sexo. Universidad Americana. II semestre 2011.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 5 años	3	10.7	1	5.5	4	8.6
6 - 10 años	19	67.8	11	61.1	30	65.2
11-16 años	1	3.5	6	33.3	7	15.2
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 4

**Año de carrera de estudiantes de Medicina encuestados.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Año de carrera	No.	%
Primero	33	33.0
Segundo	23	23.0
Tercero	12	12.0
Cuarto	10	10.0
Quinto	22	22.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 5

**Región de nacimiento de víctimas de maltrato infantil según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Region de nacimiento	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	no.	%	No.	%	No.	%
Extranjero	4	14.3	5	27.8	9	19.6
Nacional	24	85.7	13	72.2	37	80.4
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 6

**Posición como hijo en víctimas de maltrato infantil según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Posición como hijo entre hermanos	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Intermedio	2	7.1	4	22.2	6	13.0
Mayor	13	46.4	5	27.8	18	39.1
Menor	8	28.6	6	33.3	14	30.4
Único	5	17.9	3	16.7	8	17.4
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 7

**Uso de tabaco en autor de maltrato infantil según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Uso de tabaco en autor de maltrato infantil	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	7	25.0	10	55.6	17	36.9
No	21	75.0	8	44.4	29	63.1
total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 8

**Tipo de familia que perteneció víctima según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Tipo De Familia	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Familia mono-Pariental	9	33.1	9	50	18	39.1
Familia nuclear	11	39.3	4	22.2	15	32.6
Familia extendida	6	21.5	1	5.1	7	15.2
Otros parientes	1	3.6	1	5.6	2	4.3
Padrastro	1	3.6	3	16.7	4	8.8
Total	28	100	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 9

**Uso de alcohol en el autor del maltrato infantil según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Uso de alcohol en autor del maltrato infantil	Sexo					
	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	15	53.6	10	55.5	25	54.3
No	13	46.4	8	44.4	21	45.6
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 10

Participación de alguna recreación familiar en víctimas de maltrato infantil según sexo. Universidad Americana. II semestre 2011.

Recreación familiar	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	24	85.7	16	88.9	40	87.0
No	4	14.3	2	11.1	6	13.0
TOTAL	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 11

Tipo de maltrato infantil recibido en estudiantes de Medicina según sexo. Universidad Americana. II semestre 2011.

Tipo De Maltrato	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Psicológica	11	39.4	5	27.7	16	34.7
Física	3	10.7	11	61.1	14	30.4
Psicológica + Física	12	42.8	2	11.1	12	26.0
Sexual	2	7.1	0	0.0	2	4.3
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 12

**Uso de drogas en el autor del maltrato infantil según sexo de víctimas.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Uso de drogas en autor del maltrato infantil	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	2	7.1	0	0	2	4.3
No	26	92.9	18	100.0	44	95.7
Total	28	100.0	54	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 13

**Tipo de colegio que asistió víctimas de maltrato infantil.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Colegio	No.	%
Privado	62	62.0
Publico	38	38.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 14

**Víctimas de haber sido maltratado/a por tratos denigrantes antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Trato denigrante	No.	%
Si	9	3.2
No	91	96.8
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 15

**Estado civil de padres antes los 16 años de edad en víctimas según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Estado civil de padres	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	4	14.3	1	5.6	5	10.9
Casado	6	21.4	8	57.1	14	30.4
Separado	15	53.5	6	5.6	21	45.6
Divorciado	3	10.8	2	11.1	5	10.8
Viudo	0	0.0	1	5.6	1	2.3
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 16

**Víctimas de haber sido maltratado/a por golpes en la infancia/adolescencia en
estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Golpes	No.	%
Si	19	19.0
No	81	81.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 17

**Víctimas de haber sido maltratado/a por azotes en la infancia/adolescencia en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Azotes	No.	%
Si	11	11.0
No	89	89.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 18

**Víctimas de haber sido maltratado/a por bofetadas en la infancia/adolescencia en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Bofetadas	No.	%
Si	12	12.0
No	88	88.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 19

Víctimas de haber sido maltratado/a por empujones antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Empujones	No.	%
Si	18	18.0
No	82	82.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 20

Víctimas de haber sido maltratado/a por la tirada de objetos antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Tirar Objetos	No.	%
Si	15	15
No	85	85.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 21

**Víctimas de haber sido maltratado/a por heridas antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Heridas	No.	%
Si	6	6.0
No	94	94.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 22

**Víctimas de haber sido maltratado/a por quemaduras antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Quemaduras	No.	%
Si	1	1.0
No	99	99.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 23

Víctimas de haber sido maltratado/a por indiferencias antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Indiferencia	No.	%
Si	16	16.0
No	84	84.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 24

Víctimas de haber sido maltratado/a por abandono antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Abandono	No.	%
Si	6	7.4
No	87	92.6
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 25

**Víctimas de haber sido maltratado/a por rechazos antes los 16 años de edad en
estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Rechazos	No.	%
Si	15	15.0
No	85	85.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 26

**Víctimas de haber sido maltratado/a por desprecios antes los 16 años de edad en
estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Desprecio	No.	%
Si	13	13.0
No	87	87.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 27

**Víctimas de haber sido testigo de violencia intrafamiliar antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Testigo De Violencia	No.	%
Si	14	14.0
No	86	86.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 28

**Víctimas de haber sido maltratado/a por agresiones verbales antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Agresiones Verbales	No.	%
Si	32	32.0
No	68	68.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 29

Víctimas de haber sido maltratado/a por críticas antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Críticas	No.	%
Si	21	21.0
No	78	78.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 30

Víctimas de haber sido maltratado/a por amenazas antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Amenazas	No.	%
Si	16	16.0
No	84	84.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 31

Víctimas de haber sido maltratado/a por abuso sexual antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Abuso Sexual	No.	%
Si	2	2.0
No	98	98.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 32

Víctimas de haber sido maltratado/a por agresión sexual antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina. Universidad Americana. II semestre 2011.

Agresión Sexual	No.	%
Si	7	1.1
No	93	98.9
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 33

**Lugar donde sufrió maltrato infantil en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Lugar de maltrato	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Casa	23	82.1	16	88.8	40	84.8
Escuela	4	14.2	1	11.6	4	10.9
Otro	2	7.1	0	0	2	4.3
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 34

**Autor del maltrato infantil en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Autor de maltrato	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Padres	20	71.4	8	44.4	28	60.8
Abuelos	1	3.6	1	5.6	2	4.3
Tios	1	3.6	0	0.0	1	2.2
Hermanos	2	7.1	3	16.7	5	10.9
Profesor	1	3.6	3	16.7	4	8.7
Padrastrros	3	10.7	3	16.7	6	13.1
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 35

**Prevalencia de haber sido maltratado/a por padre antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Padre	No.	%
Si	15	15.0
No	85	85.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 36

**Prevalencia de haber sido maltratado/a por madre antes los 16 años de edad en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Madre	No.	%
Si	13	13.0
No	87	87.0
Total	100	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 37

**Lugar en cual acudió víctimas del maltrato infantil en estudiantes de Medicina.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Lugar que acudió por maltrato	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Instituto de Medicina Legal	1	3.6	0	0.0	1	2.1
Hospital/Clínica	0	0.0	2	5.6	2	4.3
Ninguno	27	96.4	17	94.4	44	95.6
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 38

**Conocimiento antes los 16 años de edad de Instituciones de Maltrato Infantil en víctimas.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Conoce Instituciones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No	17	60.7	10	55.6	27	58.7
Si	11	39.3	8	44.4	19	41.3
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 39

**Conocimiento antes los 16 años de edad de Unicef en víctimas según sexo.
Universidad Americana. II semestre 2011.**

Unicef	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No	24	85.7	11	61.1	35	76.1
Si	4	14.3	7	38.9	11	23.9
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 40

Conocimiento antes los 16 años de edad de Save the Children en victimas según sexo. Universidad Americana. II semestre 2011.

Save The Children	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No	21	75.0	10	55.6	31	67.4
Si	7	25.0	8	44.4	15	32.6
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.

Tabla 41

Conocimiento antes los 16 años de edad de Aldea SOS en victimas según sexo. Universidad Americana. II semestre 2011.

Aldeas SOS	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No	20	71.4	10	55.6	30	65.2
Si	8	28.6	8	44.4	16	34.8
Total	28	100.0	18	100.0	46	100.0

Fuente: Estudiantes encuestados.