



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
Y DE LA EDUCACIÓN**

**TESIS DE GRADO, PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

**EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO
PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO
2011.**

Autor:

Kléber Roberto Macanchí Carpio

Director de Tesis:

Ps. Cli. Miguel Macías Anchundia

Babahoyo, 2012



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
Y DE LA EDUCACIÓN

Babahoyo, marzo del 2012

EL TRIBUNAL EXAMINADOR OTORGA AL PRESENTE TRABAJO

TEMA:

EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011.

La calificación de: _____

Equivalente a: _____

TRIBUNAL

Lcdo.
DECANO (DELEGADO)

Lcdo.
SUBDECANO (DELEGADO)

Ps. Cli. Miguel Macías
Anchundia
DIRECTOR DE TESIS

Lcdo.
DELEGADO DEL CONSEJO DIRECTIVO

Lcda. Cristina Silva Moreno
SECRETARIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
Y DE LA EDUCACIÓN

APROBACIÓN

En mi calidad de Director del trabajo de investigación sobre el tema: **EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011.**, del egresado: **KLÉBER ROBERTO MACANCHÍ CARPIO**, considero que el presente documento, reúne todos los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a sustentación, ante el Tribunal Examinador que el Consejo Directivo designe.

Babahoyo, marzo del 2012

Ps. Cli. Miguel Macías Anchundia
DIRECTOR DE TESIS

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Kléber Roberto Macanchí Carpio**, portador de la C.C. 120559885-5, respectivamente, egresada de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, especialidad Psicología Clínica; declaro que soy autora exclusiva de la presente investigación. Todos los efectos académicos y legales que se desprenden de la investigación son de mi exclusiva responsabilidad.

Babahoyo, marzo del 2012

Kléber Roberto Macanchí Carpio

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a:

Dios por proveerme la sabiduría y fortaleza necesaria para alcanzar las metas propuestas.

Mis Padres, por apoyarme en lo moral y económico para formarme en el ámbito educativo.

A mi esposa, por compartir sus sabios consejos y apoyarme en todo momento.



Kléber

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Babahoyo y su extensión en Quevedo, por darme la oportunidad de desarrollarme en el campo intelectual y ser una profesional gracias a ellos.

A la Ps. Cli. Miguel Macías Anchundia, Director de la presente Tesis, por compartir sus sabios conocimientos y orientarme en este trabajo investigativo.

A quienes colaboraron, gracias por su apoyo incondicional y permanente, para lograr y desarrollar esta investigación.



Kléber

ÍNDICE

| Contenido | Pág. |
|--------------------------------|-------------|
| Portada | I |
| Tribunal Examinador | II |
| Aprobación por la tutora | III |
| Declaración de Autoría | IV |
| Dedicatoria | V |
| Agradecimiento | VI |
| Índice | VII |
| Tema | X |
| Problema | XI |
| | |
| Introducción | 1 |

CAPITULO I MARCO REFERENCIAL

| | |
|--|----|
| 1.1. Caracterización Macro | 4 |
| 1.2. Breve reseña histórica y descripción meso | 5 |
| 1.3. Datos y Características de la Institución | 7 |
| 1.4. Formulación del Problema | 8 |
| 1.5. Delimitación de la Investigación | 8 |
| 1.6. Justificación | 9 |
| 1.7. Objetivos | 10 |
| 1.7.1. Objetivo General | 10 |
| 1.7.2. Objetivos Específicos | 10 |

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes Investigativos | 11 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 2.2. Fundamentación Teórica | 12 |
| 2.3. Fundamentación Psicológica | 37 |
| 2.4. Hipótesis | 47 |
| 2.4.1. General | 47 |
| 2.4.2. Específicas..... | 47 |
| 2.5. Operacionalización de las Variables | 48 |
| 2.5.1. Variable Independiente | 48 |
| 2.5.2. Variable Dependiente | 49 |
| 2.6. Términos Básicos Usados | 50 |

CAPITULO III LA METODOLOGÍA

| | |
|---|----|
| 3.1. Metodología empleada | 55 |
| 3.2. Modalidad Básica de la investigación | 56 |
| 3.3. Nivel o tipos de investigación..... | 56 |
| 3.4. Población y Muestra | 57 |
| 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información..... | 57 |

CAPITULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1. Análisis de los Resultados del Test | 58 |
| 4.2. Análisis de los Resultados de la Encuesta..... | 60 |
| 4.3. Comprobación de las Hipótesis | 67 |

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|----------------------------|----|
| 5.1. Conclusiones | 68 |
| 5.2. Recomendaciones | 69 |

CAPITULO VI PROPUESTA

| | |
|---------------------------------------|----|
| 6.1. Título | 70 |
| 6.2. Descripción de la propuesta..... | 71 |
| 6.3. Justificación | 71 |
| 6.4. Beneficiarios | 72 |
| 6.5. Factibilidad..... | 72 |
| 6.6. Objetivos | 72 |
| 6.6.1. General | 72 |
| 6.6.2. Específicos..... | 73 |
| 6.7. Recursos..... | 73 |
| 6.7.1. Humano | 73 |
| 6.7.2. Materiales | 73 |
| 6.7.3. Económicos | 74 |
| 6.8. Cronograma de Actividades..... | 75 |
| 6.9. Bibliografía..... | 76 |
| | |
| ANEXOS | 77 |

TEMA

EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011.

EL PROBLEMA

¿CÓMO EL MALTRATO INFANTIL INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011?

INTRODUCCIÓN

La razón por la cual se estudia este tema es por el alto grado de maltrato infantil que existe en nuestra sociedad; con el paso del tiempo esta situación ha ido incrementando y la gente no sabe el porqué está sucediendo, por esa razón se ha decidido investigar este tema ya que se va a dar a relucir las causas y características que originan estos maltratos y buscar las formas de cómo ayudar a estos niños que han sufrido algún tipo de maltrato.

Esta investigación pretende los siguientes objetivos: determinar el nivel de maltrato infantil de los pacientes diagnosticados en Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia; establecer los factores de maltrato infantil que inciden en el comportamiento Psicológico de los pacientes del consultorio e implementar un plan de capacitación para optimizar el estado psicológico de los pacientes que han sufrido de maltrato infantil.

A través del tiempo se han hecho investigaciones acerca del maltrato infantil, el cual ha sido un problema para la sociedad y que se ha ido dando durante el paso del tiempo. Este trabajo abarca soluciones de ayuda para aquellas personas que conviven con un niño que ha sido maltratado.

El tipo de método que se utilizará para la realización de esta investigación será el método exploratorio, ya que nuestro objetivo es la formulación del problema para posibilitar una investigación más precisa por el desarrollo de una hipótesis. Teniendo un conocimiento previo sobre el problema planteado y los trabajos realizados por otros investigadores, la información que nos brindan las personas que por su relato pueden ayudar a reunir y sintetizar sus experiencias.

El uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres viene siendo lo que es el maltrato. La mayor parte de los padres que

abusan de sus hijos, habían sufrido ellos también la misma situación por parte de sus progenitores.

Existen diferentes maneras de cómo se puede maltratar a un infante los cuales pueden ser: física, emocional, psicológica o mental, por abandono o negligencia o por abuso sexual.

Al paso del tiempo el maltrato puede producir consecuencias en el desarrollo del niño una de ellas es que afecta en su crecimiento, en su conducta, también puede causar traumas psicológicos o trastornos mentales.

Después de haber sido maltratado un niño puede presentar una serie de conductas como de inferioridad, rechazo, inseguridad y miedo.

Esta investigación plantea cuáles son las características del maltrato, cuáles son las consecuencias en el desarrollo psicológico, así mismo los tipos de maltrato que se dan en los niños, pero también se plantean un propuesta de solución encaminada a dar una solución pertinente al problema.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. CARACTERIZACIÓN MACRO DEL OBJETO DE ESTUDIO.

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos y a que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, en nuestro país el maltrato infantil es un problema que día a día tratamos de erradicar.

Son muchas las razones que inducen a creer que el maltrato y descuido de menores se tornará todavía más común a medida que los países hacen la transición de economías reglamentadas a economías de mercado más abiertas y con menos estructuras para el bienestar social. Debido a que el crecimiento urbano recarga los servicios médicos y sociales; debido a que las mujeres ingresan al mercado de trabajo cada vez en mayor número; y debido a que por diversas causas más familias se ven desplazadas de sus hogares y su entorno cultural".

Este problema se presenta a lo ancho y largo de nuestro país, cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas.

Es fundamental utilizar medidas tendientes a prevenir el maltrato, pues una gran parte de los problemas en el niño se ven reflejados en la vida adulta. Se comparan las distintas clasificaciones en torno al tema, así como las características tanto del agredido como del agresor en los distintos tipos de maltrato.

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunada presencia es cada vez más evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

1.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA Y DESCRIPCIÓN MESO.

En la década de 1860, un patólogo forense francés, Tardieu, describió el síndrome del niño maltratado tras realizar una serie de autopsias de niños que habían sido golpeados hasta la muerte. En los Estados Unidos, el abuso infantil llegó a conocimiento público a raíz del caso de Mary Ellen, una niña de 8 años que halla sido severamente maltratada. Fue encontrada por unos trabajadores parroquiales en Nueva York, en 1874, pero pronto se dieron cuenta de que no existía ninguna agencia gubernamental que se hiciera cargo de la niña, y que la única que estaba disponible era La Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales. Por lo tanto, fundaron la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños. En 1875, Nueva York fue el primer estado que contaba con una ley para la protección de la infancia, y que fue modelo para otros estados.

En el siglo veinte, el redescubrimiento del abuso infantil estuvo encabezado por un radiólogo de urgencias hospitalarias. Cantidadffey (1946) señaló un síndrome de niños con daños óseos múltiples y hematomas subdurales múltiples. Hasta la década de 1960 se pensaba que el abuso físico infantil era raro debido en parte a que los castigos físicos se aceptaba de forma bastante generalizada, y también en parte porque se negaba que tal violencia existiera. En 1962, Kempe describe el síndrome del niño maltratado.

En 1970 la sociedad no se daba cuenta de hasta qué punto se producía el abuso sexual infantil. Se pensaba que, de existir, no era frecuente y que sólo ocurría en familias conflictivas. Ahora sabemos que el incesto y otros tipos de abuso sexual no son un fenómeno raro.

1.3. DATOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN.

El presente trabajo se lo realizó en el Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia. Se ha iniciado la investigación la cual ha permitido determinar el índice de maltrato infantil en los niños que acuden al mismo.

La finalidad del Subcentro es la de precautelar los problemas que se presentan en los habitantes del sector. La entidad está compuesta por varias áreas, las mismas que desempeñan varias funciones, enfocadas al desarrollo administrativo, operativo y comunitario. Posee un grupo de profesionales en la rama médica, capacitados y formados para solucionar los problemas de salud que ostentan los moradores del sitio. El Subcentro no cuenta con un Departamento de Acción Social, por tal motivo no se han organizados acciones sociales que cubran los problemas de salud y prevención; además no se implementan seminarios, charlas y talleres formativos que orienten e instruyan a la comunidad para combatir los problemas de salud y psicológicos que se presentan en una sociedad indigente.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo el maltrato infantil incide en el desarrollo psicológico de los pacientes que acuden al Consultorio de Psicología del Subcentro de salud de Valencia, año 2011?

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Campo : Psicológico.

Área : Psicología Clínica.

Aspecto : Maltrato Infantil.

Problema : ¿Cómo el maltrato infantil incide en el desarrollo psicológico de los pacientes que acuden al Consultorio de Psicología del Subcentro de salud de Valencia, año 2011?

1.5.1. Delimitación Espacial.

El presente estudio de investigación se lo llevará a cabo en el consultorio de psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, provincia de Los Ríos.

1.5.2. Delimitación temporal.

La presente investigación se la realizará en el año 2011-2012.

1.6. JUSTIFICACIÓN.

El Maltrato infantil es sin lugar a dudas uno de los graves problemas que afectan a nuestros futuros jóvenes, y es también uno de los delitos muy poco y difíciles de avizorar por darse al interior de las familia, quienes ante su práctica esconden los hechos a los docentes y familiares.

El motivo por el cual realizo este trabajo es notar la problemática de los pacientes que acuden al Sub- centro de Salud del cantón Valencia al consultorio de psicología con niños todo tipo de maltrato, tales como físico, psicológico y hasta sexual , esperamos que nuestra asistencia ayude a superar dicha problemáticas en los niños.

Consideramos además que las investigaciones sobre el maltrato infantil abren nuevas líneas –para poder educar a las familias y de esa forma erradicar esta problemática que, en su momento afecta al niño sino también a las personas que conviven con ellos.

Analizamos que vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

Considero que la investigación es factible, por cuanto se cuenta con el asesoramiento adecuado en lo referente al tema. Además se cuenta con los recursos necesarios para establecer el presente estudio y propuesta, la misma que les permitirá a los estudiantes desarrollarse en la parte práctica, beneficiando y forjando de esta forma, su formación a nivel profesional.

1.7. OBJETIVOS.

1.7.1. General.

Analizar el maltrato infantil y su incidencia en el desarrollo Psicológico de los pacientes que acuden al Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, año 2011.

1.7.2. Específicos.

- ✓ Determinar el nivel de maltrato infantil de los pacientes diagnosticados en Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia.
- ✓ Establecer los factores de maltrato infantil que inciden en el comportamiento Psicológico de los pacientes del consultorio.
- ✓ Implementar un plan de capacitación para optimizar el estado psicológico de los pacientes que han sufrido de maltrato infantil.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. MALTRATO INFANTIL

2.1.1. Concepto.

Maltrato infantil, uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores que tienen como consecuencia heridas, mutilación o incluso la muerte del niño.

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

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

El maltrato viola derechos fundamentales de los niños o niñas y por lo tanto, debe ser detenido, cuanto antes mejor¹.

El origen de la crueldad hacia los niños es en su sentido más amplio puede ser dividido en cuatro categorías:

1. Crueldad inspirada en conceptos exagerados de disciplina y en base a sus funciones que se resultan ser sujetos profundamente inadecuados e

¹ ÁLVAREZ (2006). ¿Qué es el maltrato infantil? La Violencia contra los niños. Página Internet: www.vidahumana.com

irresponsables: alcohólicos, drogadictos, criminales o delincuentes, débiles mentales etc...

2. Actos de violencia o negligencia cometidos por padres o adultos ejerciendo rígidas interpretaciones de la autoridad y de normas y reglas de conducta.
3. Crueldad patológica cuyos oscuros orígenes mentales o psicológicos son muy difíciles de identificar y todavía más de tratar.
4. La crueldad más intangible de todas, la crueldad oficial o la organizada, aquella que se comete por ignorancia, por insensibilidad o por omisión en la forma de falta de legislación o de cumplimiento de la misma que proteja adecuadamente al menor.

2.1.2. Tipos de Maltratos Infantil.

El término maltrato infantil abarca una amplia gama de acciones que causan daño físico, emocional o mental en niños de cualquier edad. Sin embargo, el tipo de maltrato infligido varía con la edad del niño. Los malos tratos en bebés y niños en edad preescolar suelen producir fracturas, quemaduras y heridas intencionadas. En casi todos los casos de acoso sexual el agresor suele ser un hombre y la víctima una niña en edad escolar o adolescente. Sin embargo, en los últimos tiempos está aumentando el número de niños varones en edad preescolar que sufren este tipo de maltrato.

Tal vez el tipo más común de malos tratos es el abandono, es decir, el daño físico o emocional a causa de deficiencias en la alimentación, el vestido, el alojamiento, la asistencia médica o la educación por parte de los padres o tutores. Una forma común de abandono entre los niños es la subalimentación, que conlleva un desarrollo deficiente e incluso a veces la muerte.²

² DIANE E. PAPALIA Y SALLY WENDKOS OLD. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 2000, 753 págs.

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

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

Maltrato físico, abuso fetal, maltrato psicológico o emocional, abuso sexual.

El maltrato por omisión es el abandono o negligencia, el cual se subdivide:

Abandono físico y negligencia o abandono educacional.

2.1.2.1. Maltrato Físico.

Se define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al niño o niña (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones oculares, lesiones cutáneas) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, estirones de pelo, torceduras, puntapiés u otros medios con los que se lastime al niño.

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

A diferencia del maltrato físico el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta.

No siempre es sencillo saber cuándo termina el "disciplinamiento" y comienza el abuso. En contraposición del maltrato físico, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada.³

³ IMSS. Maltrato Físico al niño. Análisis psiquiátricos, médicos de trabajo y jurídicos. México: sin Ed., 2002,68 págs.

2.1.2.2. Abuso Fetal.

Ocurre cuando la futura madre ingiere, deliberadamente, alcohol u otras drogas, estando el feto en su vientre. Producto de esto, el niño (a) nace con problemas, malformaciones, retraso severo.

2.1.2.3. Maltrato Emocional o Psicológico.

Es una de las formas más sutiles pero también más existentes de maltrato infantil. Son niños o niñas habitualmente ridiculizados, insultados regañadas o menospreciadas. Se les somete a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia. Se les permite o tolera uso de drogas o el abuso de alcohol. Si bien la ley no define el maltrato psíquico, se entiende como tal acción que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones suficientes para afectar la dignidad, alterar su bienestar e incluso perjudicar su salud

Actos de privación de la libertad como encerrar a su hijo o atarlo a una cama, no solo pueden generar daño físico, sino seguro afecciones psicológicas severas. Lo mismo ocurre cuando se amenaza o intimida permanente al niño, alterando su salud psíquica.⁴

2.1.2.4. Abuso sexual.

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

⁴ MUSSEN, PAUL HENRY. Desarrollo de la Personalidad en el niño. México: Ed. Trillas, 2004. 563 págs.

Las formas comunes del abuso sexual son el incesto, violación, el estupro, el rapto, rufianismo, actos libidinosos, etcétera.

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

Abandono o negligencia

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

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

2.1.3. Pueden definirse dos tipos de abandono o negligencia.

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

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

En diversas oportunidades realizar el diagnóstico de negligencia o descuido puede presentar problemas de subjetividad. El descuido puede ser intencional como cuando se deja solo a un niño durante horas porque ambos padres trabajan fuera del hogar. Este último ejemplo como tantos otros que

generan la pobreza, el abandono o descuido es más resultado de naturaleza social que de maltrato dentro de la familia.⁵

2.1.4. Lugar y modo en que se presenta el maltrato al niño.

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

2.1.4.1. La posibilidad de encontrarse con una relación de maltrato.

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

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

En la clínica o guardería. Los niños de menos de cuatro o cinco años de edad con frecuencia a revisiones físicas y de crecimiento. Cuando se les cría en un entorno de creencias, es posible que desde época temprana se les coloque en una guardería. La cuidadosa observación de estos niños puede llevar a la detección d maltrato infantil, pero nunca resulta fácil decidir

⁵ DOLE SIERRA, LAURA Y MA. ÁNGELES CEREZO JIMÉNEZ (2005). Maltrato parental y problemas infantiles. Unidad de investigación. Página Internet: www.altavista.com

cuándo el desarrollo de un niño se ve comprometido como consecuencia del maltrato. Cuando las lesiones no accidentales están presentes, resulta menos difícil, pero dichos casos constituyen una minoría.

En la escuela. El abuso contra escolar origina considerables problemas para el reconocimiento del maltrato. Los niños con mayores riesgos vienen de familias en las que aquellas que sustentan la autoridad son considerados sospechosos. Los maestros dedican mucho de su tiempo y sus habilidades en ganar la confianza del alumno y esto requieren hacer amistad con ellos. Mientras mayores son los niños, estos se tornan más reservados acerca de sus cuerpos, de ahí que la enfermedad escolar y el oficial médico de la escuela que tengan una importante responsabilidad en el reconocimiento de la evidencia física del maltrato. Aunque los maestros son los primeros en sospechar del abuso, nunca resulta fácil observar lesiones físicas cuando los niños se mudan de ropa.

El comportamiento de los menores sin embargo, sigue patrones relacionados con la edad y con los que el maestro está familiarizado. El comportamiento anormal o divergente puede ser síntoma más importante del maltrato infantil y el maestro es el profesional mejor ubicado para sospechar de este.

2.1.5. Detección del Maltrato.

La idea popular de un niño "golpeado" evoca la imagen de un infante patético, sucio y cubierto de moretones, que mira fijamente al fotógrafo de modo aprehensivo. La verdadera imagen revela que los niños sufren de una variedad infinita de abusos, por lo general a manos de los propios padres y a menudo sin lesión evidente ni queja.⁶

⁶ DIANE E. PAPALIA Y SALLY WENDKOS OLD. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 2000, 753 págs.

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

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

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

2.1.6. Identificación de los niños maltratados.

2.1.6.1. Los indicadores de conducta.

El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores.⁷

⁷ MAHER, PETER. Abuso contra los niños [Zulán Marcela Fuentes Ortega]. Grijalvo, México D.F.: Ed., 2000, 379 págs.

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

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

2.1.6.2. Los indicadores físicos.

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

Menos de nueve meses. Los niños no aprenden a girar sobre su cuerpo sino hasta que cumplen unos tres meses o más. Dependen de los demás para moverse de un lado a otro. Por lo tanto, es poco probable que se lesionen en manos de alguien que no sea aquel que los cuida, aunque no hay que descartar la posibilidad de un accidente. Por consiguiente, los moretones en los bebés pequeños considerarse como no accidentales, cuando se llega a una posible comprobación del daño.⁸

⁸ www.monografias.com/maltrato/infantil. 2011

Ciertas lesiones que pueden presentar algunos de estos infantes son horribles, y la cuestión de si un bebé tiene unos padecimientos de "huesos quebradizos" o una tendencia hereditaria a las hemorragias es algo que se emplea a menudo. Estas condiciones son en extremo poco comunes, pero es parte del cuidado médico rutinario él examinarlas.

Los bebés tienen una capacidad extraordinaria para recuperarse de las enfermedades graves o de las lesiones severas, pero también es cierto que son frágiles que los niños de mayor edad. Sus vidas pueden extinguirse como resultado de un episodio breve pero violento, ya que no pueden huir o esconderse de su atacante. Debido a esto, no pienso que puede criticarse una tendencia al error en torno de la precaución cuando un bebé puede estar bajo riesgo.

Los niños que gatean o empiezan a andar: Una vez que los niños pueden moverse, se lastiman con mayor facilidad. Por lo general, estas heridas se hacen visibles en la frente o en aquellas partes del cuerpo que tienen más probabilidad de recibir un golpe con el mobiliario o el suelo: codos, rodillas, pies, etcétera.

Cuando estos niños son golpeados, a menudo sólo es posible afirmar que los daños son compatibles con las lesiones no accidentales.⁹

2.1.6.3. Factores asociados con el maltrato y las causas factores individuales.

- Ascendientes maltratadores.
- Concepto equivocado de la disciplina.
- Falsas expectativas.
- Inmadurez.
- Retraso Mental.

⁹ www.ilustrador.com/matrato/infantil/analisis/picologico. 2011.

- Psicopatías.
- Adicciones.
- Trato brusco.
- FAMILIARES: Hijos no deseados.
- Desorganización hogareña.
- Penurias económicas.
- Desempleo o subempleo.
- Desavenencia conyugal.
- Falta de autodominio.
- Educación severa.
- SOCIALES: Concepto del castigo físico.
- Actitud social negativa hacia los niños.
- Indiferencia de la sociedad.

Causas:

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

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

Las posibilidades de que estos "factores de estrés" situacionales desemboquen en el maltrato infantil o el abandono, determinan la relación padres-hijo y dependen de ella. Una relación segura entre éstos amortiguará a cualquier efecto del estrés y proporcionará.

Estrategias para superarla, a favor de la familia. En cambio, una relación insegura o ansiosa no protegerá a la familia que esté bajo tensión; la "sobrecarga de acontecimientos", como las discusiones o el mal comportamiento del niño, pueden generar diversos ataques físicos o emocionales. En suma, lo anterior tendrá un efecto negativo en la relación existente entre los padres y el hijo, y reducirá los efectos amortiguadores aún más. Así, se establece un círculo vicioso que, a la larga, lleva a una "sobrecarga sistemática", y en que el estrés constante ocasiona agresiones físicas reiteradas. La situación empeora en forma progresiva, sin la intervención pertinente, y podría calificarse como una "espiral de violencia".

Resumiendo, los factores que estos autores relacionan con el maltrato son:

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

tienen dificultades para pedir ayuda a otras personas. Tienden a aislarse y carecen de amigos o personas de confianza.

2.1.7. Características del niño golpeado y el agente agresor.

El niño no solamente es maltratado a través de la agresión física, sino también por la privación del alimento, cuidados físicos y estimulación sensorial tan necesaria para su desarrollo. Así, la desnutrición, las malas condiciones higiénicas del niño, el retraso en las esferas del lenguaje y personal social, clásicamente consideradas como medidas de la estimulación que el niño recibe de su ambiente, son la regla, en nuestra muestra y en la de otros autores. A lo anterior se suma el deterioro de las funciones intelectuales como secuela de lesiones al sistema nervioso central. De acuerdo con algunos autores, este tipo de secuelas llega al 40%. En nuestra serie basta enfatizar la presencia en el 17% de los casos de secuelas neurológicas severas y retraso importante en el desarrollo en el 50% de los niños afectados.¹⁰

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

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

¹⁰ www.wikipedia.com/piscologia. 2011

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

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

En nuestra serie, al igual de lo que sucede al comparar los reportes de diversos autores, existe cierta discrepancia en lo que se refiere al familiar involucrado como agresor. Si tomamos en cuenta sólo los casos en los cuales la identificación del agresor fue calificada como "comprobada" o "muy

posible", el padre aparece como agresor en el 26% de los casos y la madre en el 58%; en el 16% restante, estuvieron involucrados padrastros, madrastras y un hermano mayor.

Hay acuerdo general en que se trata de personas jóvenes y aun cuando existe la creencia de que el maltrato físico extremo está confinado a la clase socioeconómicamente baja y/o personas de inteligencia baja, la mayor parte de los reportes, así como nuestra experiencia, están de acuerdo en que los padres golpeados provienen de todas las clases sociales y están dentro de todos los niveles de inteligencia. En un trabajo se señala que "es probable que algunos padres estén psicológicamente propensos a este desastre particular, pero esto no tiene nada que ver con la clase social o inteligencia" Se han descrito muchos rasgos característicos del agente del agresor. Entre ellos estaría la inmadurez emocional, la cual es la consecuencia de insatisfacción de la misma durante la niñez.

Estas características pueden ir desde inquietud motora marcada, llanto excesivo, aspecto físico del menor, enfermedades frecuentes, etc., hasta otras más sutiles y las cuales requieren de una investigación cuidadosa para descubrirlas, como son el conferir al niño características del adulto. Muy frecuentemente, estos padres tienen dificultad para ver al bebe como tal y esperan que coma sin dejar nada de la ración ofrecida o demandan hábitos de limpieza por encima de la edad del niño, especialmente un control muy precoz esfínteres anal y vesical por lo que los ataques al niño suelen ocurrir alrededor de la hora de comida o de la defecación. No es raro también que una madre insatisfecha en sus relaciones interpersonales, especialmente con el esposo, tome al bebe como única fuente de satisfacción; si responde como ella quiere, no hay problema; pero si es llorón o no acepta el alimento ofrecido, puede pensar que él bebe la rechaza, la crítica y dispararse así la agresión.

2.1.8. Consecuencias.

Los niños criados en hogares donde se les maltrata suelen mostrara desórdenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su distress psicológico siendo la adicción al llegar la adultez, más frecuente que en la población general.

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez.

Algunos niños sienten temor de hablar de lo que les pasa por que piensan que nadie les creerá. Otras veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento anormal así aprenden a repetir este "modelo" inconscientemente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad en crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades de establecer relaciones.

Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos.

"Para muchos niños / as que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana, por lo tanto este comportamiento se toma "aceptable" y el ciclo del abuso continua cuando ellos se transforman en padres que abusan de su hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones".¹¹

¹¹ DIANE E. PAPALIA Y SALLY WENDKOS OLD. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 2000, 753 págs.

Muchas personas no pueden cortar el ciclo del abuso, pero hay niños al que la bibliografía mundial denomina "resilientes" que poseen características que les permite superar este obstáculo. Estos niños tienen la habilidad de llamar positivamente la atención de otras personas, se comunican bien, poseen una inteligencia promedio, se nota en ellos un deseo por superarse y creen en sí mismos. Muchas veces es la aparición de un adulto preocupado por ellos lo que les permite desarrollar esta habilidad y romper con el ciclo del abuso.

Como todos sabemos, los niños aprenden de lo que viven.

- El niño aprende lo que vive.
- Si vive con tolerancia aprende a ser paciente.
- Si vive criticado aprende a condenar.
- Si vive con aprobación aprende a confiar en sí mismo.
- Si vive engañado aprende a mentir.
- Si vive en equidad aprende a ser justo.
- Si vive con vergüenza aprende a sentirse culpable.
- Si vive con seguridad aprende a tener fe en sí mismo.
- Si vive hostilizado aprende a pelear.
- Si vive en la aceptación y la amistad aprende a encontrar el amor en el mundo.

2.1.9. Problemas de conducta.

La literatura sobre el tema de abuso infantil coinciden manifestar que los niños que sufren malos tratos presentan un funcionamiento comportamental problemático (Cerezo, 1997c. En España, de forma consistente a lo encontrado en otros países, se observa que comparando a niños que reciben abuso con niños que no lo reciben, los primeros manifiestan más problemas de conducta, tanto cuando la información procede de los padres como cuando procede de los maestros.

Las conductas que se han descrito en estos niños han sido: agresividad, verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras, absentismo, que se integrarían en la categoría de problemas de conducta externalizantes.

En un estudio longitudinal encontraron que la experiencia del daño físico intencional sufrido durante los primeros cinco años estaba asociada con un incremento considerable del riesgo a sufrir problemas de conducta externalizantes. Pero aunque estos problemas sean los más frecuentes, sin embargo, también algunos de estos niños presentan problemas de eliminación, miedos, desobediencia encubierta, pero incluso algunos niños presentan combinación de ambas categorías.¹²

2.1.10. Malos tratos por parte de los padres.

Los estudios han revelado que la mayor parte de los padres que abusan de sus hijos, habían sufrido ellos también la misma situación por parte de sus progenitores. Algunos investigadores afirman que este tipo de padres presentan una personalidad infantil, mientras que otros opinan que éstos esperan de forma poco realista que sus necesidades psicológicas sean cubiertas por sus hijos y que al no ver cumplidas estas expectativas experimentan un gran estrés y se vuelven violentos en las relaciones con sus hijos (véase Violencia doméstica). A pesar de este enfoque psicopatológico, pocos padres de este tipo pueden ser considerados verdaderos psicóticos o sociópatas, dado que en otras facetas de la vida funcionan sin distorsiones sociales y psicológicas.

Casos de malos tratos se dan en todos los grupos religiosos, étnicos y raciales, y en todas las áreas geográficas. La gran mayoría de casos de maltrato infantil se dan en las familias con menos recursos, tal vez debido a la falta de oportunidades educativas para poder manejar las frustraciones emocionales y económicas.

¹² DR. GALEANO, FRANCISCO (2003). Ayudando a aliviar el dolor. Maltrato Infantil. Página Internet: www.rionet.com.ar

2.1.10. Relaciones con los padres.

En la mayor parte de los sistemas legales desarrollados, los intereses del menor prevalecen sobre cualquier otra cuestión. La relación entre padres e hijos queda reflejada en el plano legal en la expresión ‘responsabilidad de los padres’ para con el hijo, responsabilidad que conlleva una serie de obligaciones, como la educación del hijo y la decisión de a qué escuela va, aunque el énfasis primordial recae sobre el deber de criar al niño. Esto amplía la postura legal anterior más elemental —el deber que existe en Derecho penal a no dañar ni descuidar a un niño— a todos los aspectos asociados a la condición de ser padres. Desde el momento en que los padres reconocen a su hijo, adquieren esta responsabilidad, y la seguirán teniendo aunque se divorcien o separen. En caso de conflicto, aunque no esté reconocida por la ley esta responsabilidad, se puede acudir a un tribunal para solicitar que se otorgue el reconocimiento. Si el hijo es ilegítimo, la responsabilidad corresponde sólo a la madre, aunque el padre puede acudir a un tribunal para pedir que se le otorgue esta responsabilidad.

2.1.11. Los niños con motivos de disputas.

Este tipo de disputas surge cuando los padres comienzan a tener dificultades dentro de su relación. En tales casos los tribunales tienen el poder para determinar lo que sucederá con los hijos. Un principio importante, sin embargo, es que el tribunal no debe pronunciarse si es posible resolver la cuestión por medio de un acuerdo entre los padres, ya que se considera que esto es lo mejor para el niño.¹³

2.1.12. Protección al menor.

Una parte esencial de las leyes de protección al menor hace referencia a las competencias de que disponen las agencias estatales (por lo común los

¹³ DIANE E. PAPALIA Y SALLY WENDKOS OLD. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 2000, 753 págs.

servicios locales de asuntos sociales o instituciones benéficas) para intervenir cuando se cree que los niños se encuentran en una situación de riesgo. Estas agencias corren el peligro, por una parte, de ser criticadas por no tomar ninguna medida que hubiera podido evitar daños graves al niño, o incluso su fallecimiento, y por otra, de ser acusadas de exceso de celo profesional al apartar a los niños de sus familias. La ley refuerza asimismo la política de los servicios sociales de intentar resolver los problemas sin romper la familia. Con este fin se utiliza por lo general la cláusula de supervisión, que proporciona una base formal a la labor del asistente social. Para los casos más difíciles se ha mantenido la antigua jurisdicción de tutela del Tribunal Supremo, lo que confiere a este órgano la responsabilidad de los padres y será quien trate de forma detallada el futuro y bienestar del niño.

2.2. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA - LAS TEORÍAS PERSONALISTAS.

La Psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente. La Psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento.

2.2.1. Ámbito científico.

La psicología se enmarca en distintas áreas de la ciencia. No es posible lograr consenso para encasillarla entre las ciencias naturales, las ciencias sociales, o las humanas. La disciplina abarca todos los aspectos complejos del funcionamiento psíquico humano.

Las distintas escuelas, teorías y sistemas psicológicos han enfocado sus esfuerzos en diversas áreas, existiendo desde los enfoques que se centran exclusivamente en la conducta observable (conductismo), pasando por los

que se ocupan de los procesos internos tales como el pensamiento, el razonamiento, la memoria, etc. (como el cognitivismo) o las orientaciones que ponen el acento en las relaciones humanas y en la comunicación basándose en la teoría de sistemas, hasta los sistemas psicológicos que focalizan en los procesos inconscientes (como el psicoanálisis o la psicología analítica). El alcance de las teorías abarca áreas o campos que van desde el estudio del desarrollo infantil de la psicología evolutiva hasta cómo los seres humanos sienten, perciben o piensan; cómo aprenden a adaptarse al medio que les rodea o resuelven conflictos.¹⁴

2.2.2. La Psicología Educativa en la enseñanza privada.

Es en la enseñanza privada (concertada o propiamente privada) donde comienzan a trabajar las primeras promociones de psicólogos del área educativa. Desde esos inicios como servicios complementarios y extraescolares hasta el momento actual su evolución podría resumirse en:

- Tendencia a la desaparición de la actuación exclusivamente psicotécnica y psicométrica, además de haberse consolidado la presencia de empresas que ofrecen servicios estadísticos y técnicos así como material psicológico que cubren esta faceta.
- Han aumentado los servicios derivados de la presencia continua del psicólogo en el centro escolar en una situación más regularizada de trabajo, aunque aún ahora, las condiciones laborales (estabilidad, horario, dedicación, etc) sean muy diversas.
- Si bien es cierto que la introducción del psicólogo en los centros fue acompañada inicialmente de una acentuación de los aspectos relacionados con la psicología clínica tradicional, actualmente se observa una marcada tendencia hacia criterios específicamente psicoeducativos. Sin embargo, las

¹⁴ ÁLVAREZ (2006). ¿Qué es el maltrato infantil?. La Violencia contra los niños. Página Internet: www.vidahumana.com

características de los centros privados limitan las posibilidades de elección de actuaciones por parte del profesional, pero en general, se observa una tendencia hacia modelos actuales de intervención (programas, aspectos instruccionales, asesoramiento, etc).

- Se ha producido una gran proliferación de la oferta de gabinetes y centros de reeducación y apoyo escolar, con actuaciones de tratamiento muy diversas (logopedia, psicomotricidad, formación de padres, entrenamiento en habilidades básicas, etc), bastantes de estos centros se han consolidado y actualmente presentan una oferta de servicios de gran calidad y amplitud.

- Es preciso señalar que en el campo de la educación especial se produce inicialmente cierta eclosión de ofertas de trabajo, al menos en los años ochenta, de asociaciones de padres de discapacitados psíquicos, sensoriales y motóricos; la progresiva cobertura por parte de las administraciones públicas de servicios en este sentido ha paralizado bastante esta vía.

2.2.3. Las redes públicas de atención psicoeducativa.

La demanda social va aumentando en intensidad y llega a influir en las instancias político-administrativas, entonces en proceso de cambio en el contexto histórico de la transición democrática, planteando la necesidad de cubrir el espacio de intervención psicoeducativa por parte de las administraciones públicas.

Fue en 1970, en la Ley General de Educación, cuando se formuló por primera vez el derecho a la orientación escolar, pero no es hasta 1977 cuando se crean los primeros servicios del M.E.C., los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional (S.O.E.V.), con funciones ligadas a los modelos de orientación de la época, muy amplias y poco definidas y con imposibilidad de efectuar una incidencia significativa en el sistema educativo,

dado el escaso número de profesionales que inicialmente los componían (2-3 por provincia) y su compleja situación administrativa, se trata de profesores de Educación Primaria, psicólogos o pedagogos, al principio en "comisión de servicio" posteriormente como plaza de "carácter singular", sin reconocimiento del título superior exigido, lo que les conduce a una ardua batalla legal que todavía continúa.

Presencia profesional y rol, dificultades y perspectivas.

En conjunto los psicólogos educativos representan aproximadamente un 38% del total de los profesionales de la psicología que ejercen como tales, lo cual nos sitúa como una de las áreas más numerosas del colectivo profesional.

En el sector público educativo se ha pasado en los últimos veinte años de la práctica inexistencia de psicólogos a los más de 3000 que pueden calcularse en la actualidad en las diversas administraciones municipales, autonómicas y centrales.

Las principales dificultades han venido por una doble vía, por un lado las relativas al estatus administrativo-laboral, en algunos casos por las formas de reclutamiento, en otros por problemas de reconocimiento profesional (afortunadamente cada vez en menor medida) y en bastantes, sobre todo en los que la intervención profesional es más reciente, por puros problemas laborales y socioeconómicos.¹⁵

¹⁵ IMSS. Maltrato Físico al niño. Análisis psiquiátricos, médicos de trabajo y jurídicos. México: sin Ed., 2002,68 págs.

2.2.4. Funciones.

1. Intervención ante las Necesidades Educativas de los Alumnos.

El profesional de la psicología participa en la atención educativa al desarrollo desde las primeras etapas de la vida, para detectar y prevenir a efectos socio-educativos las discapacidades e inadaptaciones funcionales, psíquicas y sociales.

Realiza la evaluación psico-educativa referida a la valoración de las capacidades personales, grupales e institucionales en relación a los objetivos de la educación y también al análisis del funcionamiento de las situaciones educativas. Para ello trata de determinar la más adecuada relación entre las necesidades individuales, grupales o colectivas y los recursos del entorno inmediato, institucional o socio-comunitario requeridos para satisfacer dichas necesidades.

También, y ligado al proceso de evaluación, el psicólogo puede proponer y/o realizar intervenciones que se refieran a la mejora de las competencias educativas de los alumnos, de las condiciones educativas y al desarrollo de soluciones a las posibles dificultades detectadas en la evaluación.¹⁶

2. Orientación, Asesoramiento Profesional y Vocacional.

El psicólogo promueve y participa en la organización, planificación, desarrollo y evaluación de los procesos de orientación y asesoramiento profesional y vocacional, tanto en lo que tienen de información, asesoramiento y orientación a los alumnos ante las opciones que deban tomar frente a las distintas posibilidades educativas o profesionales, como en la elaboración de métodos de ayuda para la elección y de métodos de aprendizaje de toma de decisión vocacional. El objetivo general de estos

¹⁶ DIANE E. PAPALIA Y SALLY WENDKOS OLD. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 2000, 753 págs.

procesos es colaborar en el desarrollo de las competencias de las personas en la clarificación de sus proyectos personales, vocacionales y profesionales de modo que puedan dirigir su propia formación y su toma de decisiones.

3. Preventivas.

El psicólogo interviene proponiendo la introducción de modificaciones del entorno educativo y social que eviten la aparición o atenúen las alteraciones en el desarrollo madurativo, educativo y social.

La prevención se orienta a proponer las condiciones para un mejor desarrollo de las capacidades educativas y también a prevenir las consecuencias que pueden generar la diferencia entre las necesidades educativas de la población y las respuestas que dan los sistemas sociales y educativos; incluye tanto acciones específicas para la prevención de problemas educativos concretos (como son la adaptación inicial a la escuela, la detección precoz de alumnos con necesidades educativas especiales, etc.), como los aspectos de intervención desde las primeras etapas mediante técnicas de estimulación y, ya en las etapas escolares, los procesos dirigidos a permitir a los alumnos afrontar con progresiva autonomía y competencias eficaces las exigencias de la actividad educativa.

2.2.5. Intervención en la Mejora del Acto Educativo.

Las funciones ligadas a esta intervención pretenden la adecuación de las situaciones educativas a las características individuales y/o grupales (evolutivas, cognitivas, sociales, etc.) de los alumnos y viceversa. Estas funciones se realizan a través de asesoramiento didáctico, de la organización y planificación educativa, de programación, de asesoramiento y actualización del educador; y en general se refieren a la intervención sobre las funciones formativas y educativas que se realizan con el alumno.¹⁷

¹⁷ www.ilustrador.com/matrato/infantil/analisis/picologico. 2011.

2.2.6. El psicólogo presta apoyo y asesoramiento técnico al educador tanto en:

- ✓ Su actividad general: adaptación de la programación a las características evolutivas psicosociales y de aprendizaje de los alumnos, organización del escenario educativo, métodos de enseñanza-aprendizaje, niveles de concreción curricular, aplicación de programas psico-educativos concretos, etc.
- ✓ Como en su actuación educativa con alumnos con necesidades y/o en situaciones educativas especiales, adecuaciones curriculares y programas individuales, actuaciones compensatorias, diversificaciones, y en general procedimientos de atención a la diversidad.

2.2.7. Formación y Asesoramiento Familiar.

El psicólogo actúa promoviendo y organizando la información y formación a madres y padres en una línea de apoyo al desarrollo integral del hijo/a. Realiza la intervención para la mejora de las relaciones sociales y familiares, así como la colaboración efectiva entre familias y educadores, promoviendo la participación familiar en la comunidad educativa, así como en los programas, proyectos y actuaciones que el profesional de la psicología educativa desarrolle.

La pobreza, hambre, desesperación, soledad, desesperanza, abusos y prostitución son algunos de los males que acechan a nuestra sociedad. Sin embargo una de las peores y más dolorosas situaciones que un niño puede vivir es la del maltrato infantil. Este es un hecho que pasa desapercibido para una sociedad tan desordenada y que desatiende en especial a estos niños. Como docentes y estudiantes intentamos que este flagelo no sea tan invisible a nuestros ojos.

¿A qué llamamos Maltrato Infantil?

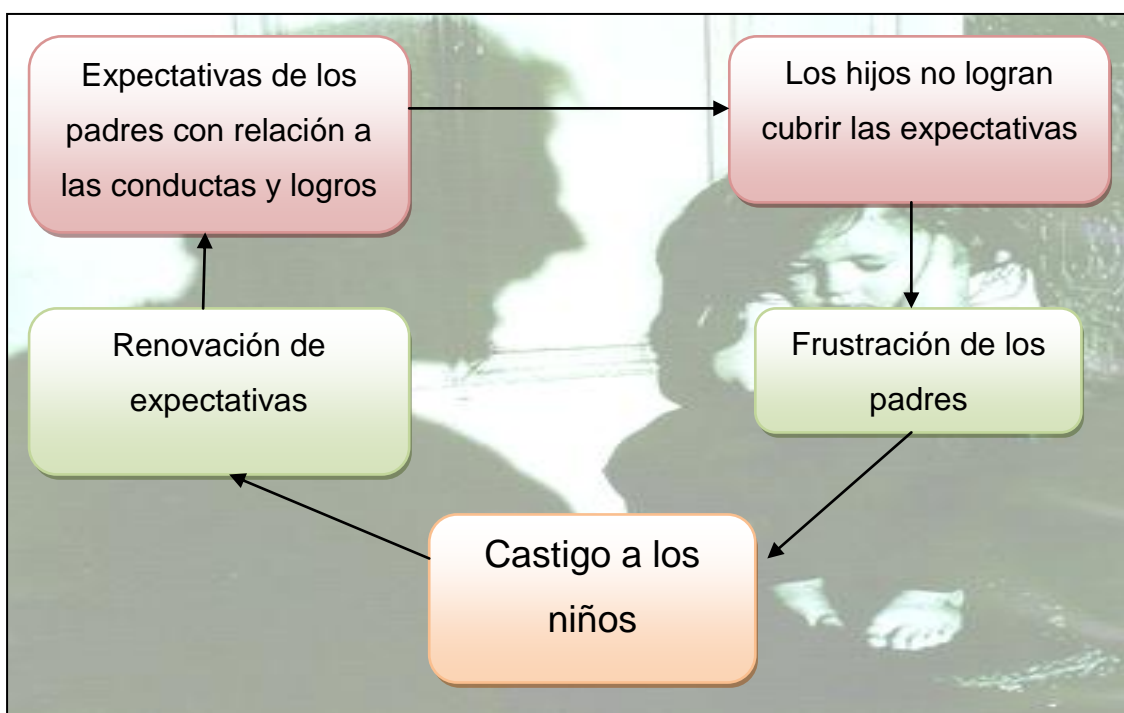
El maltrato infantil es toda conducta que, por acción u omisión, produzca daño físico y/o psíquico en una persona menor de 18 años, afectando el desarrollo de su personalidad. Esta conducta es intencional y reiterada.

El maltrato se produce cuando la salud física, emocional o la seguridad de un niño están en peligro por acciones o negligencias de las personas encargadas de su cuidado.¹⁸

¿Por qué se produce?

El niño y el adolescente por su vulnerabilidad y dependencia del adulto son los destinatarios más frecuentes del maltrato.

“Ciclo del maltrato infantil”:



¹⁸ ÁLVAREZ (2006). ¿Qué es el maltrato infantil?. La Violencia contra los niños. Página Internet: www.vidahumana.com

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. General.

El maltrato infantil es una de las causas que generan los problemas psicológicos del Sub Centro de Salud de Valencia.

2.3.2. Específicas.

- Disminuyendo el nivel de maltrato infantil se conseguirá optimar las relaciones entre los padres e hijos.
- Con el análisis de los factores que generan el maltrato infantil se lograra para mejorar comportamiento Psicológico de los pacientes del consultorio.
- Con la elaboración de un plan de capacitación se perfeccionará el estado psicológico de los pacientes que han sufrido de maltrato infantil.

2.4. SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES

2.4.1. Variable Independiente.

El Maltrato Infantil.

2.4.2. Variable dependiente.

Problemas Psicológicos.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.5.1. Variable dependiente.

Cuadro 1. El Maltrato Infantil.

| Conceptualización | Categoría | Indicadores | Ítems Básicos | Técnica e instrumento |
|--|----------------------------|------------------------------------|---|--|
| El Maltrato Infantil. - Es una enfermedad social, presente en todos los sectores y clases sociales; afectan el desarrollo psicológico, armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación. | Ascendientes maltratadores | Índice de maltrato Trato brusco | ¿Viven sus padres con usted? | Test a niños (as) que asisten al consultorio de Psicología. Instrumento: Cuestionario |
| | Hijos no deseados | Desorganización en los hogares | ¿Usted conoce acerca de la planificación familiar? | |
| | Castigo Físico | Trastornos por maltrato | ¿Conoce de cómo se produce maltrato físico? | |
| | Complicaciones anímicas | Dificultades morales | ¿Cómo afecta el maltrato infantil en su personalidad? | |

2.5.2. Variable independiente.

Cuadro 2. Problemas Psicológicos.

| Conceptualización | Categoría | Indicadores | Items Básicos | Técnica instrumento |
|---|---|------------------------------------|---|--|
| Problemas Psicológicos.- Explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente. La Psicología emplea métodos empíricos cuantitativos de investigación para analizar el comportamiento. | Agresión verbal | Analizar el Nivel de agresión | ¿Cómo se produjeron las lesiones? | Encuestas y test realizada a los padres y pacientes del Consultorio Instrumento: Cuestionario |
| | Violencia física | Determinar los tipos de lesiones | ¿Cuándo se produjeron las lesiones? | |
| | Alcoholismo y Drogadicción en los padres. | Comportamiento de los padres | ¿Usted, le gusta las bebidas alcohólicas? | |
| | Ser padre o madre soltera. | Comprobar las expresiones del niño | ¿Cómo corrige a su hijo? | |
| | Falta de educación. | Desarrollo educativo | ¿Cuál es su actual nivel de educación? | |

2.6. TÉRMINOS BÁSICOS USADOS.

Maltrato Infantil.- Es toda agresión o daño producido intencionalmente por acción u omisión a la niña, niño o adolescente por sus padres, hermanos, familiares, maestros u otras personas.

Denuncia.- Es la comunicación por escrito que hace el defensor ante la instancia competente más cercana, de la presunción de faltas o delitos cometidos en agravio de las niñas, niño y adolescente.

Derechos No Disponibles.- Conjunto de facultades, potestades, atributos, inherentes a las personas, no susceptibles de renuncia, transferencia o transacción.

Derivación.- Entiéndase por derivación a todo acto mediante el cual la Defensoría traslada total o parcialmente la atención del caso a una instancia, autoridad o profesional que pudieran tener competencia para su mejor tratamiento.

Detenciones Arbitrarias.- Es cuando se detiene a una niña, niño o adolescente sin mandato judicial o sin que haya cometido una infracción, o cuando pese a existir un mandato de detención han transcurrido más de 24 horas detenido y no ha sido puesto a disposición de la autoridad judicial competente.

Empoderamiento.- Los documentos oficiales de las Naciones Unidas proponen varias traducciones para el término inglés "empowerment": habilitación y autonomía de la mujer/ emancipación de la mujer / potenciación del papel de la mujer / creación de condiciones para la plena participación de la mujer en la sociedad o para el pleno ejercicio de sus derechos o para la realización del potencial de la mujer.

Expediente.- Es el conjunto de documentos del procedimiento de atención del caso. Cada expediente podrá contar además, de ser necesario, con la documentación concerniente al mismo presentada por las partes, instituciones o autoridades que intervienen en la resolución del caso.

Informante.- Cualquier persona o institución que tenga conocimiento de un hecho o hechos que afecten o pongan en riesgo el ejercicio de los derechos de la niña, niño o adolescente y lo pone en conocimiento de la Defensoría, no importando si es un familiar o no del afectado.

Materia.- Entiéndase por materia al tipo de derecho que se presume vulnerado.

Materias conciliables.- Es el tipo derecho vulnerado sobre el cual se puede conciliar siempre y cuando no existan procesos judiciales en trámite ni concluidos sobre el mismo caso, ni constituyan falta o delito.

Normas de comportamiento.- Son reglas o pautas que están orientadas a resguardar los derechos y obligaciones de niñas, niños y adolescentes. Estas normas pueden aplicarse tanto a los padres como a las niñas, niños y adolescentes.

Orientación.- Consiste en proporcionar información variada sobre temas generales o específicos, no es una etapa del procedimiento de atención de casos.

Régimen De Visitas.- El padre o la madre que no vive con sus hijos tiene derecho a visitarlos, para lo cual, por acuerdo de las partes se establecen días y horas de visita.

Seguimiento.- Consiste en el conjunto de mecanismos que apuntan a verificar regularmente el cumplimiento de los acuerdos establecidos en el

acta de conciliación y acta de compromiso, así como cautelar el debido procedimiento, de la denuncia realizada para garantizar el reconocimiento del derecho vulnerado.

Tenencia.- Es la responsabilidad que asume uno de los padres de la niña, niño y adolescente de velar por su desarrollo integral cuando se encuentren separado de hecho.

Violencia Faimiliar.- El Texto Único Ordenado - TUO de la Ley N° 26260, aunque ha sufrido varias modificaciones, define la VF como: Cualquier acción u omisión que cause daño físico, psicológico, maltrato sin lesión como inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual, que se produzca entre: Cónyuges, Ex – cónyuges, Convivientes

CAPITULO III

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Modalidad de la investigación.

La investigación que se implemento es cuantitativa por cuanto recurrimos a la información numérica para obtener el significado de los datos logrando a través del proceso de recolección de información; así mismo el proceso de investigación tendrá una perspectiva cualitativa por que el problema requiere de análisis que permitió comprender dentro del contexto determinado.

El modelo de investigación más favorable en este problema es la de campo, bibliográfica - documental.

Investigación de Campo.- Es necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones: El investigador debe ponerse en contacto directo con el fenómeno, hecho o lugar que es motivo de interés o investigación. Este puede ser un sector geográfico o grupo humano, de los cuales recoge recaudar información.

En este tipo de investigación es necesario aplicar algunas técnicas como la observación, encuesta y entrevista.

La metodología que se empleó es la investigación de campo, la cual se la realizó en la institución, mediante un test, encuesta, la observación, la entrevista, se aplicó primero un test a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Investigación Bibliográfica - Documental.- Nos sirvió para conocer, comparar, ampliar, profundizar y deducir diferentes enfoques, teorías

conceptualizadas y criterios de diversos autores sobre una cuestión determinada, basándose en documentos, libros revistas, periódicos, publicaciones y otras fuentes primarias.

Así mismo mediante la investigación bibliográfica documental se logró obtener la recopilación de libros, archivos, centro de Internet, bibliotecas, periódicos, revistas. Para sacar las teorías de los diversos autores y llegar a la conclusión acerca del problema.

3.1.2. Métodos.

Inductivo.- Permitió extraer la información en el Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, mediante el estudio de campo, a través de la implementación de un test y encuestas.

Deductivo.- Este permitió deducir los datos extraídos del estudio de campo. Resultados de las encuestas.

Analítico.- Mediante este método se analizó la información primaria y secundaria. Así también los resultados de las encuestas, obtenidas del estudio de campo.

3.1.3. Técnicas e instrumentos de investigación.

Se empleó técnicas de recolección de datos, en donde el instrumento el Test y encuesta, la mismas que nos permitió conocer y representar de forma numérica – gráfica, la opinión y conocimiento que se tiene respecto al tema.

Estas técnicas permitieron recopilar información de los valores y comprobar si reciben la formación adecuada.

3.2. SELECCIÓN DE RECURSOS DE APOYO

3.2.1. Materiales y Equipos.

- Computadora.
- Impresora.
- Escáner.
- Memory flash.
- CD-RW.
- Hojas A4.
- Copiadora.
- Cámara.
- Internet.

3.2.2. Humanos.

- Padres.
- Pacientes.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

De una población de 20 pacientes en el Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, se tomó una muestra de la misma cantidad, con el fin de recolectar los datos, mediante la encuesta.

3.4. FUENTES DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

3.4.1. Primaria.

La información primaria se la extrajo de los archivos del Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, mediante el estudio de campo, aplicando las encuestas a los pacientes.

3.4.2. Secundaria.

Fue extraída de varias fuentes de consulta, como libros, folletos, módulos, textos informativos e internet.

3.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- ✓ Visita a bibliotecas y librerías.
- ✓ Consulta a expertos.
- ✓ Recopilación de información primaria (encuestas) y secundaria (textos).
- ✓ Aplicación de instrumentos de investigación.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA

Encuesta aplicada a los Padres de los pacientes que acuden al Consultorio Psicológico del Subcentro de Salud de Valencia.

Cuadro 1. ¿Vive usted con sus hijos?

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|---------------|--------------|-------------|
| Si | 13 | 65% |
| No | 7 | 35% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

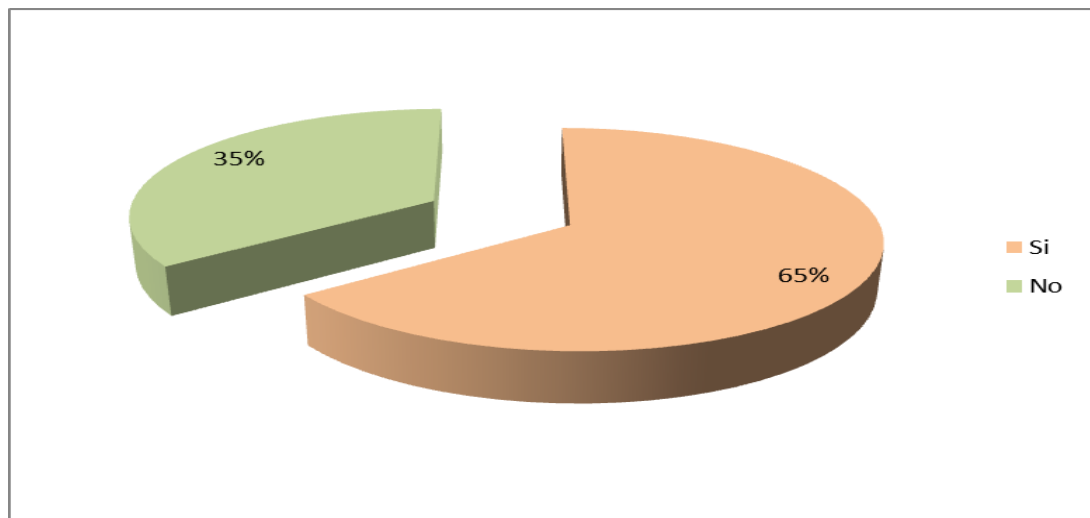


Gráfico 1. ¿Vive usted con sus hijos?

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 1, el 65% los padres de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que si viven con sus hijos, mientras un 35% comentaron que no viven.

Cuadro 2. ¿Usted conoce acerca de la planificación familiar?

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|---------------|--------------|-------------|
| Si | 11 | 55% |
| No | 9 | 45% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

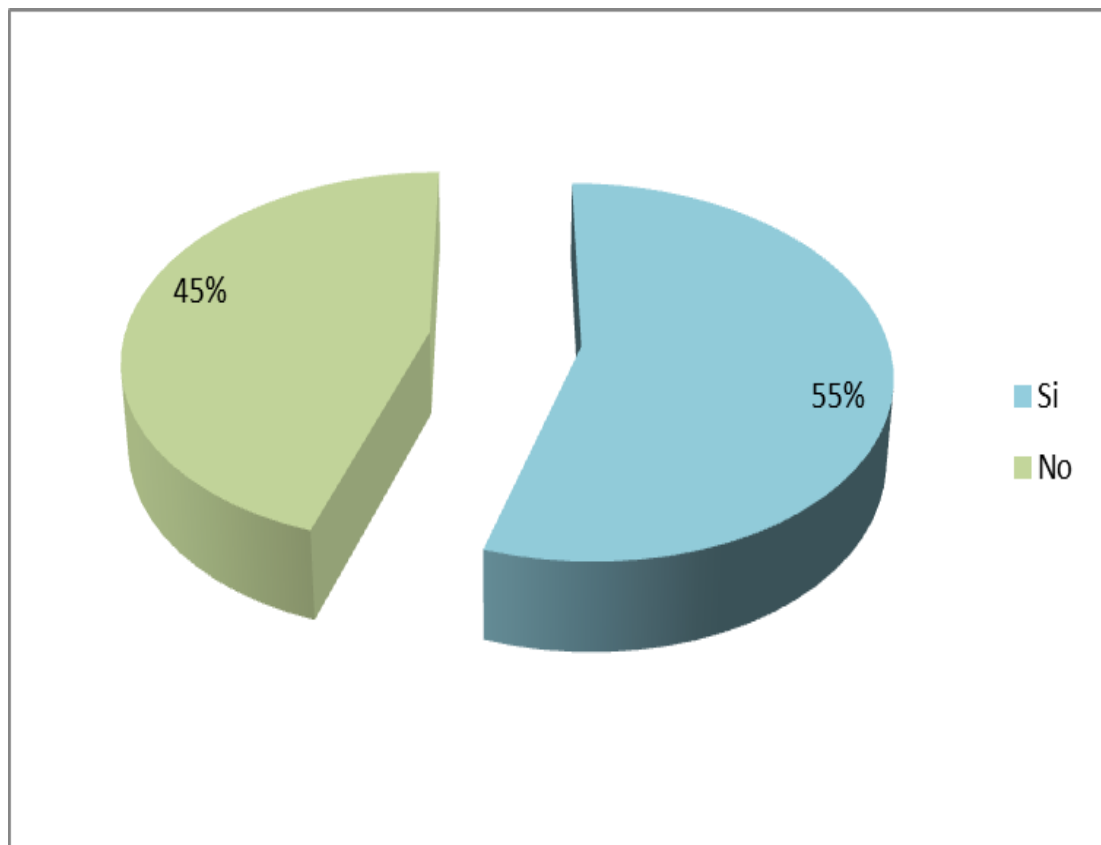


Gráfico 2. ¿Usted conoce acerca de la planificación familiar?

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 2, el 55% los padres de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que si tienen conocimientos acerca de la planificación familiar, mientras un 35% comentaron que no tiene conocimiento.

Cuadro 3. ¿Conoce de cómo se produce maltrato físico?

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|---------------|--------------|-------------|
| Si | 8 | 60% |
| No | 12 | 40% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

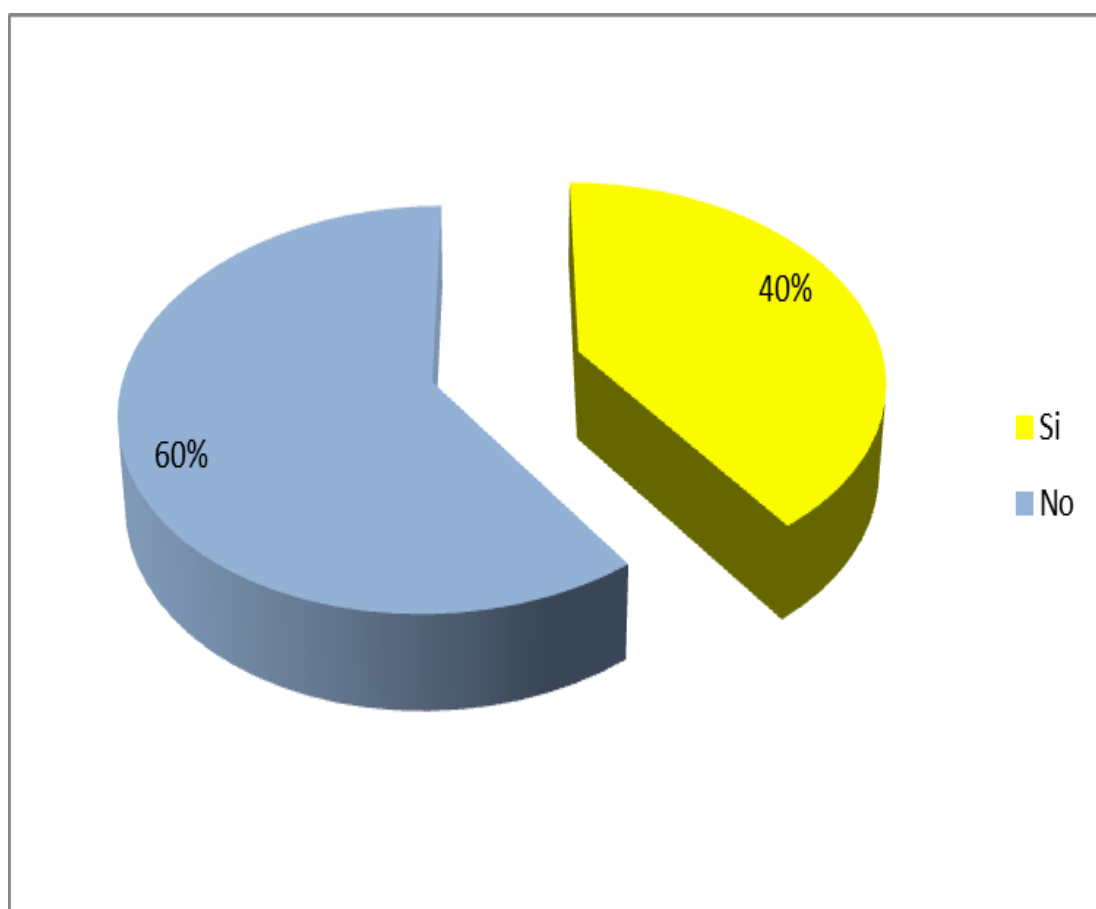


Gráfico 3. ¿Conoce de cómo se produce maltrato físico?

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 3, el 60% los padres de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que no saben como se produce el maltrato físico en los niños, mientras el 40% comentó que si tienen los conocimientos sobre como se genera el maltrato.

Cuadro 4. ¿Cómo afecta el maltrato infantil en los niños?

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|------------------|---------------------|-------------------|
| Anímicamente | 3 | 15% |
| Moralmente | 5 | 25% |
| Espiritual | 4 | 20% |
| Comportamiento | 8 | 40% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

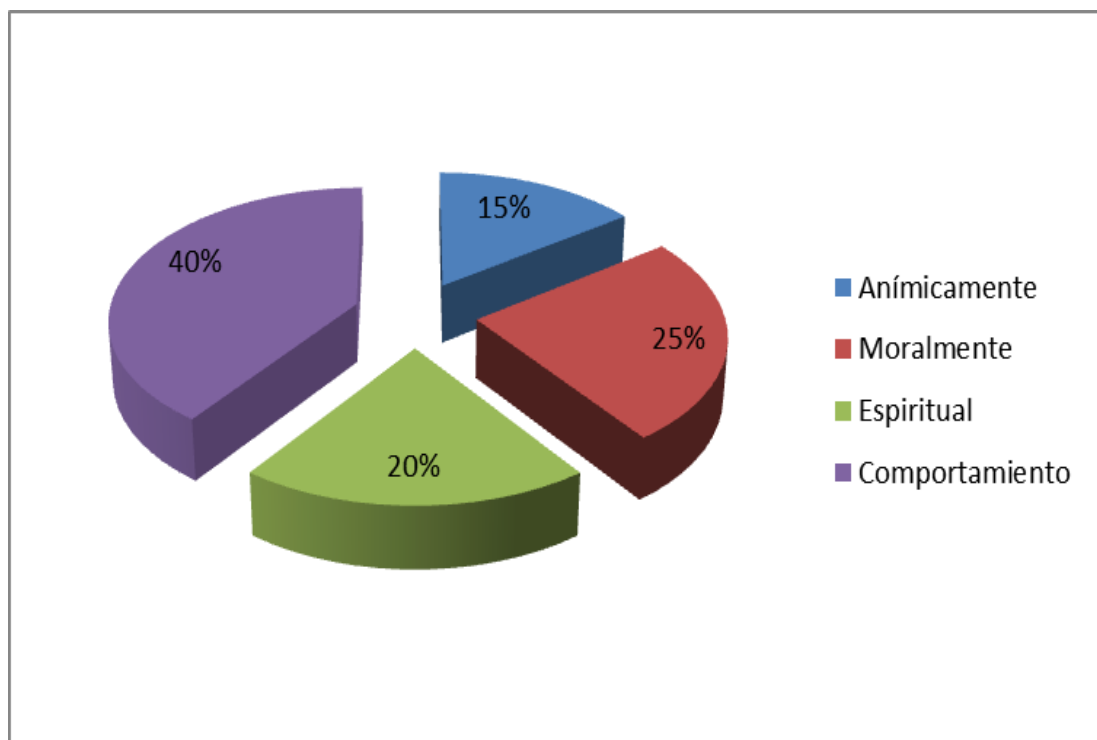


Gráfico 4. ¿Cómo afecta el maltrato infantil en los niños?

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 4, el 40% los padres de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia comentaron que el maltrato infantil afecta a los niños en su comportamiento, mientras el 25% expresaron que moralmente, un 20% dice que espiritualmente y el 15% dice que incide en el niño el maltrato anímicamente.

Cuadro 5. Ha gritado o golpeado a su hijo por motivos de:

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|------------------|---------------------|-------------------|
| Por enojo | 2 | 10% |
| Por castigarlo | 8 | 40% |
| Por desobediente | 7 | 35% |
| de la Nada | 3 | 15% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

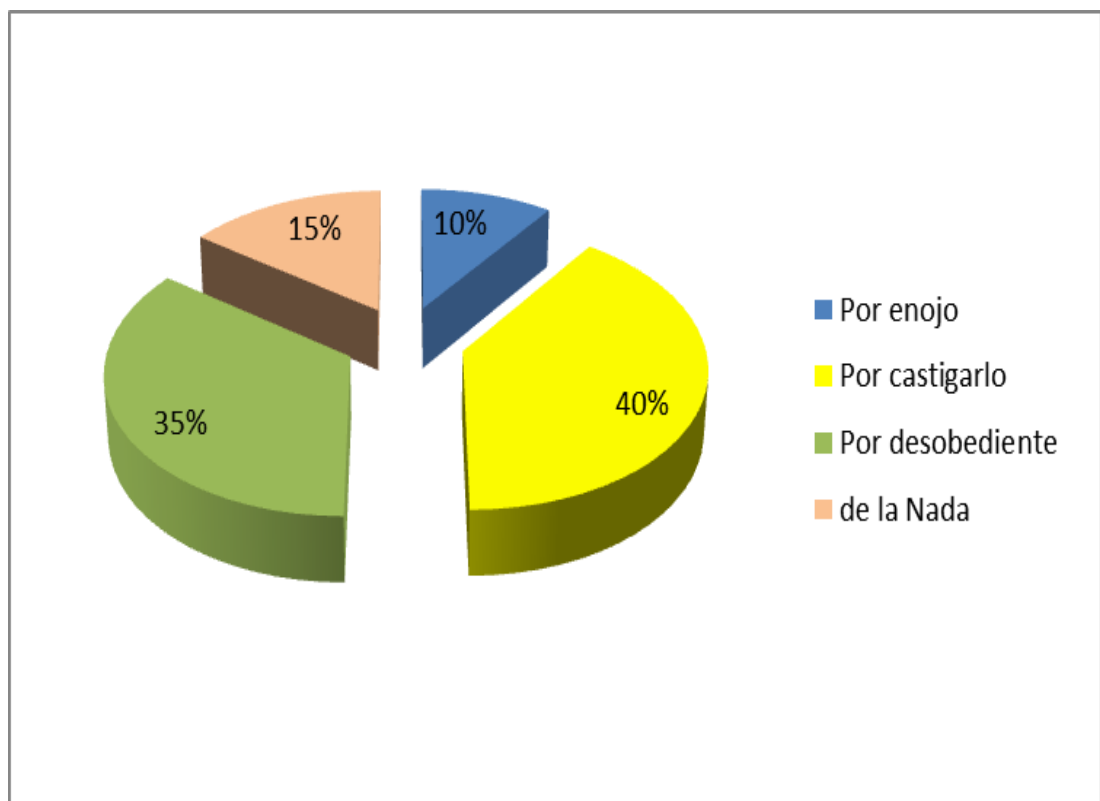


Gráfico 5. Ha gritado o golpeado a su hijo por motivos de:

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 5, el 40% los padres de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia comentaron que han gritado y golpeado a sus hijos por castigarlos, mientras el 35% dice que por desobedientes, un 15% de la nada y el porcentaje final de 10% por enojo les grita o golpea.

Cuadro 6. ¿Usted dialoga con su hijo?

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|---------------|--------------|-------------|
| Siempre | 2 | 10% |
| A veces | 12 | 60% |
| Nunca | 6 | 30% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

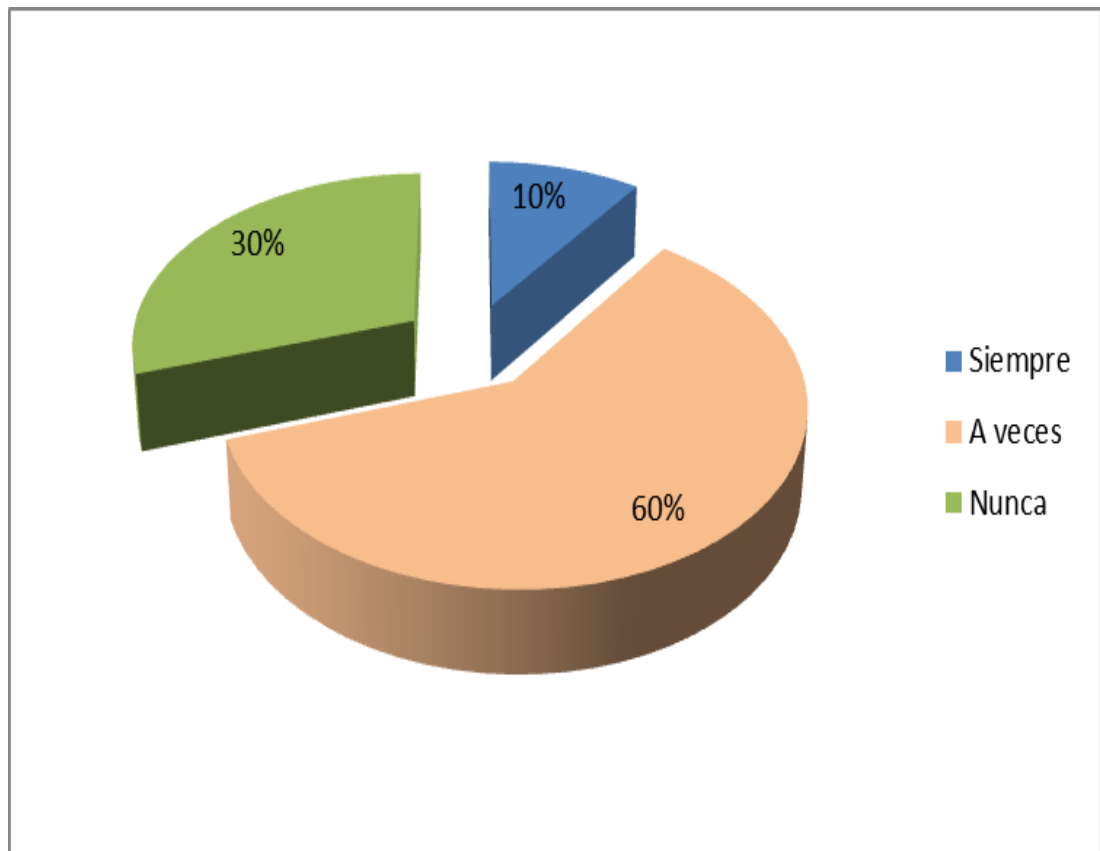


Gráfico 6. ¿Usted dialoga con su hijo?

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 6, el 60% los padres de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia comentaron que a veces dialogan con sus hijos, mientras el 30% expresaron que nunca, debido al trabajo y ocupaciones, y el 10% que siempre.

Encuesta aplicada a los (niños) pacientes que acuden al Consultorio Psicológico del Subcentro de Salud de Valencia.

Cuadro 7. Me cuida con exageración y no me deja solo...

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|------------------|--------------|-------------|
| Papá | 1 | 5% |
| Mamá | 1 | 5% |
| Un familiar | 9 | 45% |
| Un hermano mayor | 1 | 5% |
| El maestro | 5 | 25% |
| Nadie | 3 | 15% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

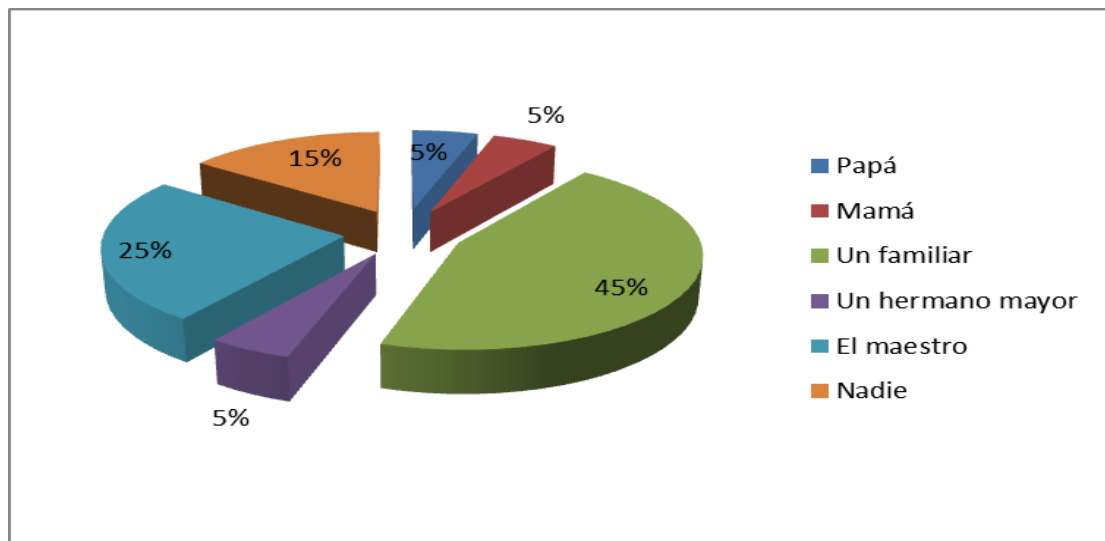


Gráfico 7. Me cuida con exageración y no me deja solo...

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 7, el 45% de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que un familiar lo cuida con exageración, mientras el 25% dice que su maestro, el 15% que nadie, un 5% su papá otro 5% su mamá y el 5% un hermano mayor.

Cuadro 8. Mis padres trabajan y...

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|------------------------------|--------------|-------------|
| No me hacen caso | 5 | 25% |
| Me gritan | 6 | 30% |
| Me ofenden | 2 | 10% |
| Me dejan hacer lo que quiera | 4 | 20% |
| Me culpan de todo | 3 | 15% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

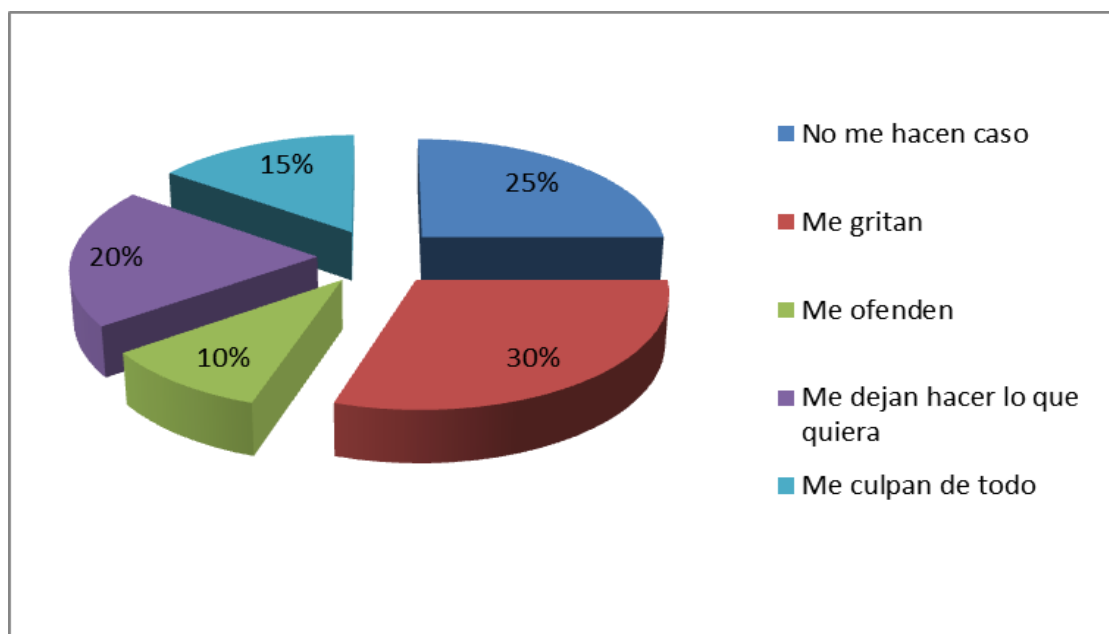


Gráfico 8. Mis padres trabajan y...

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica Nº 8, el 30% de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que sus padres les gritan, mientras el 25% comentaron que no les hacen caso, un 20% que no les dejan hacer lo que quiera, el 15% me culpan de todo y el 10% que los ofenden.

Cuadro 9. A veces tengo...

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|---------------------------|---------------------|-------------------|
| Moretones | 8 | 40% |
| Señales de mordeduras | 4 | 20% |
| Quemaduras de cigarro | 1 | 5% |
| Quemaduras de plancha | 1 | 5% |
| Señales de que me amarran | 6 | 30% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

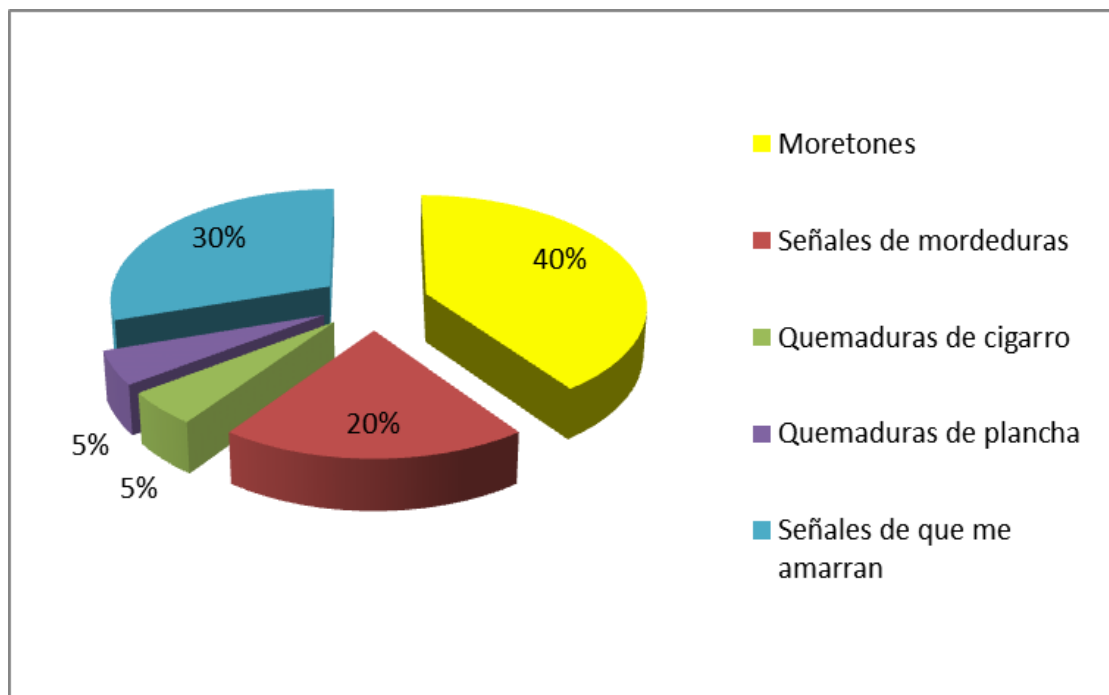


Gráfico 9. A veces tengo...

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 9, el 40% de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que a veces tienen moretones, mientras el 30% comentó que señales de que me amarran, el 20% tienen a veces señales de mordeduras, el 5% tienen quemaduras de cigarro y el 5% quemaduras de plancha.

Cuadro 10. Me he roto algún hueso...

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|------------------|---------------------|-------------------|
| Nunca | 6 | 30% |
| A veces | 8 | 40% |
| Casi Siempre | 2 | 10% |
| Muy seguido | 3 | 15% |
| Siempre | 1 | 5% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

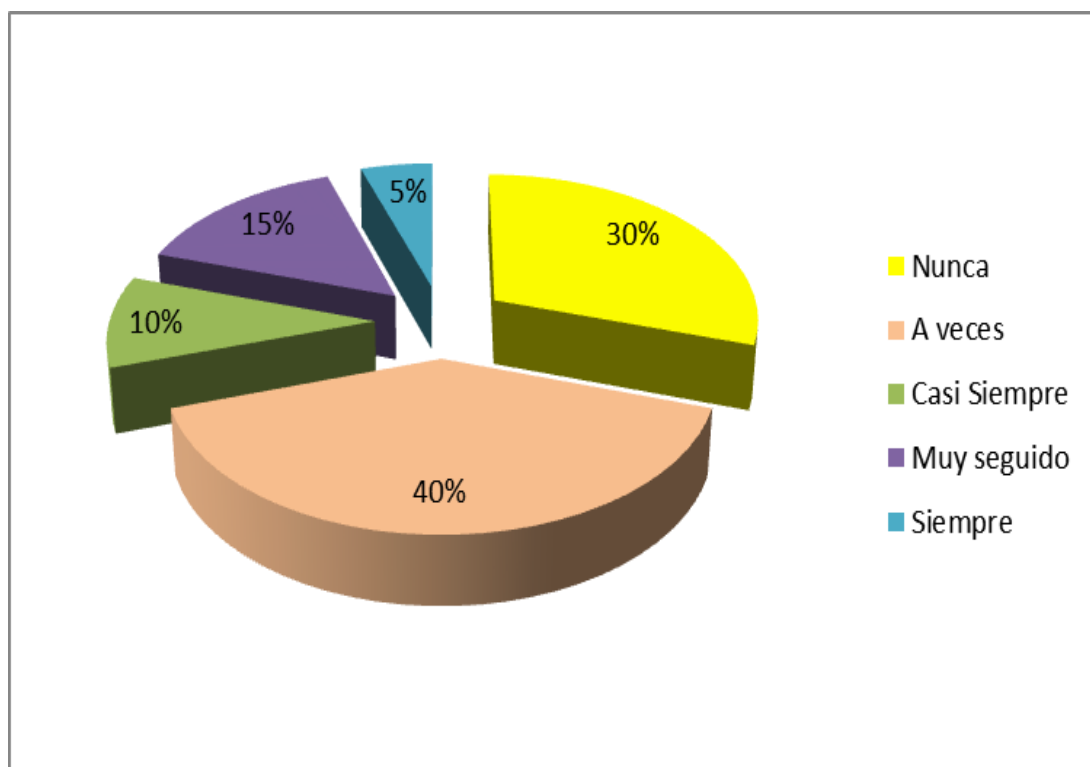


Gráfico 10. Me he roto algún hueso...

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica Nº 10, el 40% de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que ha veces se ha roto un hueso, el 30% comentó que nunca, un 15% dice que muy seguido, el 10% dijeron que casi siempre, y el 5% que siempre se ha roto un hueso.

Cuadro 11. Muchas veces...

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| Me siento mal | 8 | 25% |
| Ando sucio | 4 | 30% |
| Tengo piojos | 3 | 10% |
| Me siento bien | 1 | 20% |
| Tengo hambre y sueño | 4 | 15% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

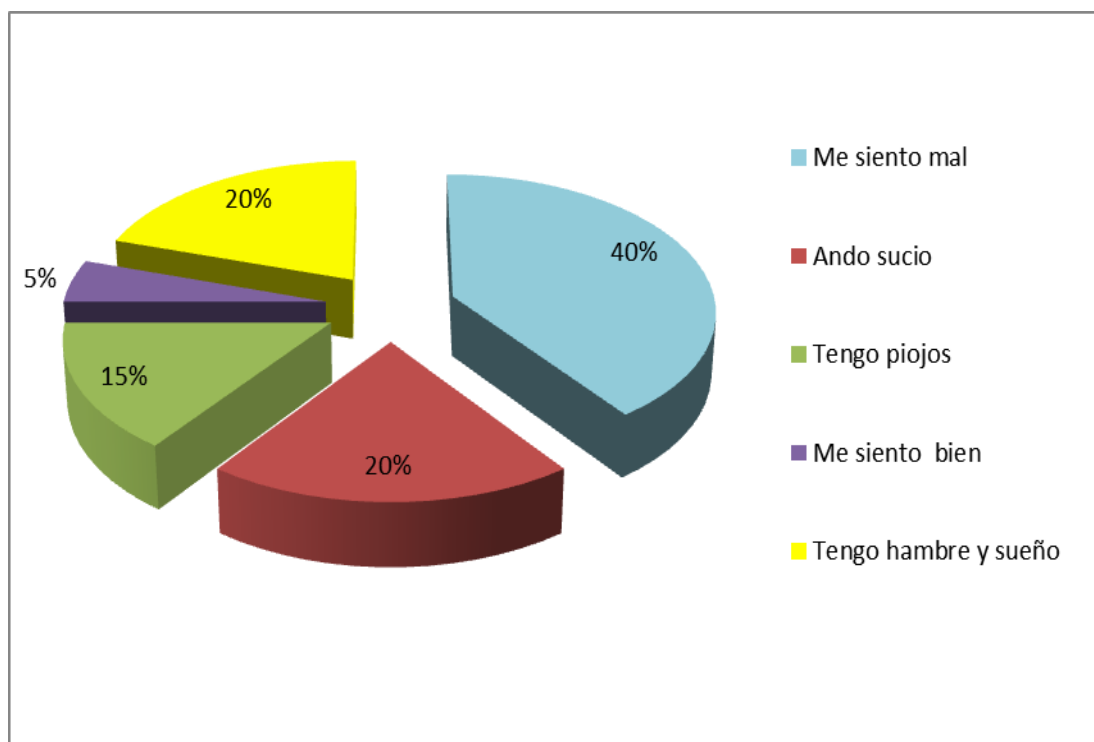


Gráfico 11. Muchas veces...

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica Nº 11, el 40% de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia expresaron que muchas veces se sienten mal, mientras el 20% expresaron que tienen hambre y sueño, otro 20% dice que se andan sucios, el 15% comentaron que tienen piojos y el 5% se sienten bien.

Cuadro 12. Cuando me castigan...

| Variables | Nº Pacientes | Porcentaje |
|--------------------------|---------------------|-------------------|
| No me pegan | 3 | 25% |
| Me pegan con la mano | 8 | 30% |
| Me pegan con un cinturón | 4 | 10% |
| Me pegan con fuerza | 5 | 20% |
| Total. | 20 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes del Consultorio Psicológico de Valencia.

Elaboración: Autor.

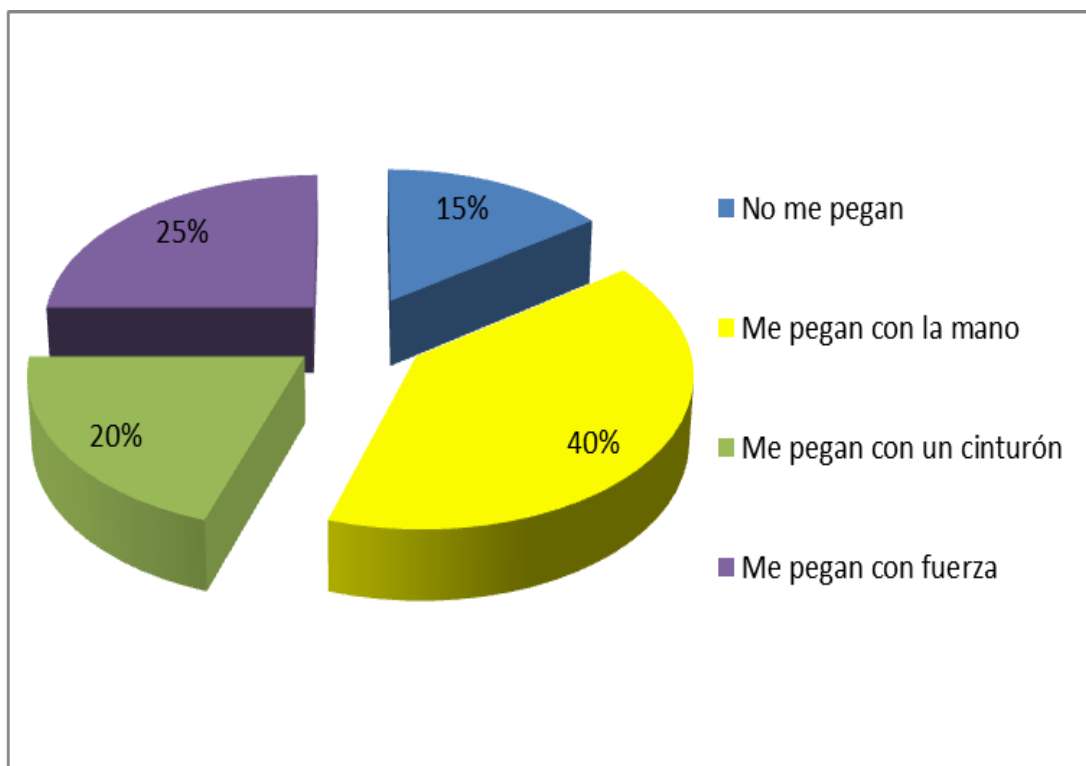


Gráfico 12. Cuando me castigan...

Análisis e Interpretación de resultados.

Según la gráfica N° 9, el 40% de los pacientes diagnosticados en el Consultorio Psicológico de Valencia dijeron que cuando le castigan le pegan con la mano, 25% expreso que me pegan con fuerza, el 20% me pegan con un cinturón, y el 15% no me pegan.

4.3. COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

- ✓ Según el estudio de la encuesta realizada se analizó que un gran porcentaje de los padres expresaron que no saben como se produce el maltrato físico en los niños, tampoco conocen como afecta esto al comportamiento del niño, la mayoría de los padres golpean y gritan a sus hijos por castigarlos y que no existe un dialogo continuo con sus niños.

- ✓ El análisis de los resultados de la encuesta a los niños un gran porcentaje expreso que un familiar es quien los cuida con exageración, que cuando sus padres llegan de trabajar les gritan en vez de dialogar con ellos, no les brinda el suficiente cariño y atención que merece, también muchos expresaron que tienen moretones y a veces tiene un hueso roto, esto se debe al maltrato infantil incidiendo en su psicología generando que se sientan mal, también muchos padres los castigan con las manos.

- ✓ Según el análisis del estudio psicológico – depresivo y conociendo las necesidades y nivel de depresión de los pacientes, se considera que es factible y necesario la implementación de una propuesta que oriente a los padres acerca del maltrato infantil, la comunicación que debe existir entre sus hijos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.

- ✓ Se puede afirmar que son muchos los factores que inciden en el rendimiento psicológico de los niños siendo estos: nivel socio-económico, la estructura familiar, las variables de tipo afectivo, etc. El maltrato en los niños genera temor, desobediencia comportamientos que el niño opta por la falta de amor y cuidados.

- ✓ Después del análisis de los resultados podemos ver que los padres tienen poco conocimiento del buen trato de sus hijos. Además de esto se puede notar que los niños tienen poco conocimiento de cómo expresar sus sentimientos la cual por medio de tests, como dibujos, etc. se puede detectar si existen en los niños el maltrato infantil.

- ✓ También hay un alto número de niños (as) que no presentan problemas psicológicos ya sea por el maltrato que recibe de sus padres o personas que lo amenazan afectando su desarrollo anímico, emocional, espiritual y moral del niño.

5.2. RECOMENDACIONES.

- ✓ Integrar a los padres o las personas que están a su cuidado para que se interesen más sobre el los problemas psicológicos y emocionales que presenta el niño.

- ✓ Capacitar a los padres o personas para identificar cuando un niño esta siendo maltratado físicamente y como afecta al desarrollo del niño (a).

- ✓ Implementar un programa de capacitación para concienciar a Padres de familia acerca del daño que causan a sus hijos con el maltrato.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. TÍTULO.

DISEÑO DE UNA GUÍA PARA ADULTOS PARA PROTEGER A NUESTROS NIÑOS DEL MALTRATO INFANTIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL DISPENSARIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA.

6.2. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.

La propuesta esta estructurada en el diseño de una guía para que las personas se instruyan en lo referente al maltrato infantil esta constituida por 7 pasos en la cual cada tips dará pautas para lograr evitar el maltrato a los niños y como los adultos son los principales responsables de los niños. (GUÍA VER ANEXO)

Si nos detenemos a comparar los índices de bienestar infantil y juvenil actuales con los de hace unas décadas, veremos que hoy en día la sociedad tiene asumido el derecho de los niños y adolescentes a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de una familia.

Sin embargo, el maltrato infantil y la violencia familiar siguen estando presentes en la realidad de algunos menores de nuestra sociedad.

La Protección a la infancia es cosa de todos: los padres o tutores, los familiares, los profesores y todos los profesionales o grupos implicados con el niño, deben en un momento u otro intervenir de forma preventiva para evitar una situación de desatención o maltrato.

6.3. JUSTIFICACIÓN.

La presente propuesta es importante porque mediante la implementación del diseño de una guía para adultos para proteger a nuestros niños del maltrato infantil en este caso a los pacientes que acuden al Dispensario de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, prevenir e informar a las personas como se produce el maltrato.

Es indispensable diseñar una guía para la prevención del maltrato infantil, la cual debe de abordar el área psicológica del paciente, esta ayudará a establecer un mejor control.

6.4. BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios directos de la presente propuesta serán los pacientes diagnosticados referente al maltrato Infantil, que acudan al Dispensario de Salud del Cantón Valencia, que presenten niveles altos de depresión y tengan problemas de conducta. Así mismo indirectamente se beneficia los investigadores y profesionales en la rama, ya que fortalecerán su conocimientos y podrán emplear innovadores y eficientes técnicas psiquiátricas para controlar y evitar el problema de maltrato.

6.5. FACTIBILIDAD.

La propuesta será factible, ya que se cuenta con el aval del Director del Dispensario del Sub Centro de Salud del Cantón Valencia, además se tiene el apoyo del personal del área de pacientes que sufren de maltrato, así mismo se cuenta con el aporte de varios profesionales que canalizaran sus sabios conocimientos y una acreditada experiencia respecto a este tipo de problemas psicológicos – médicos.

6.6. OBJETIVOS.

6.6.1. General.

Diseñar de una guía para adultos para proteger a nuestros niños del maltrato infantil de los pacientes que acuden al Dispensario de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia.

6.6.2. Específicos.

- Apoyar terapéuticamente a los pacientes para mejorar la calidad de vida de los mismos.

- Proponer la elaboración de una guía para prevenir el maltrato infantil en los niños (as).
- Clarificar y unificar los conceptos básicos más importantes del maltrato infantil: definición, indicadores

6.7. RECURSOS.

6.7.1. Humanos.

- Director del Dispensario del Sub Centro de Salud de Valencia.
- Personal médico y de enfermería del área.
- Pacientes que sufren de maltrato infantil.
- Investigador y expositor.

6.7.2. Materiales.

| | Cant. |
|--------------------------|--------------|
| ▪ Computadora | 1 |
| ▪ Impresora multifunción | 1 |
| ▪ Pen driver | 1 |
| ▪ CD-RW | 8 |
| ▪ Cámara Digital | 1 |
| ▪ Proyector | 1 |
| ▪ Anillados | 8 |
| ▪ Remas de papel A4 | 1 |
| ▪ Tizas líquidas | 2 |
| ▪ Pizarra líquida | 1 |
| ▪ Lápices | 20 |
| ▪ Folletos | 50 |
| ▪ Trípticos | 50 |
| ▪ Libros | 2 |
| ▪ Carpetas | 50 |

6.7.3. Económicos.

- Financiados en un 30% por la Institución y el 70% por el ejecutor.

Cuadro N°. Presupuesto de Gastos para implementar la propuesta.

| Rubros | Costo USD |
|---|------------------|
| Asesoría Técnica | \$ 200.00 |
| Transporte (Movilización) | 80.00 |
| Refrigerio | 40.00 |
| Materiales | 50.00 |
| Material Bibliográfico | 30.00 |
| Transcripción de informes (impresiones) | 80.00 |
| Alquiler de Equipo Tecnológico | 60.00 |
| Imprevistos | 20.00 |
| Total | \$ 560.00 |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuadro 4. Cronograma de actividades.

| Nº | Meses / semanas ACTIVIDADES | Septiembre | | | | Octubre | | | | Noviembre | | | | Diciembre | | | | Enero | | | | Marzo | | | | Marzo | | | |
|----|--|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Actividades previo declaración del tema | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Inició de la investigación de tesis. Solución de la población y muestra. | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Desarrollo del Marco Teórico | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Aplicación de encuestas, entrevistas y recolección de datos | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Comprobación de Hipótesis | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Conclusiones y Recomendaciones | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Elaboración del Borrador | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| 8 | Elaboración de la Propuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | |
| 9 | Socialización de la Propuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | |
| 10 | Elaboración del Informe Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | |
| 11 | Sustentación Privada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | |

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ (2006). ¿Qué es el maltrato infantil? La Violencia contra los niños.

Página Internet: www.vidahumana.com

DR. GALEANO, FRANCISCO (2003). Ayudando a aliviar el dolor. Maltrato

Infantil. Página Internet: www.rionet.com.ar

DOLE SIERRA, LAURA Y MA. ÁNGELES CEREZO JIMÉNEZ (2005).

Maltrato parental y problemas infantiles. Unidad de investigación.

Página Internet: www.altavista.com

DIANE E. PAPALIA Y SALLY WENDKOS OLD. Desarrollo Humano.

Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 2000, 753 págs.

IMSS. Maltrato Físico al niño. Análisis psiquiátricos, médicos de trabajo y

jurídicos. México: sin Ed., 2002, 68 págs.

MAHER, PETER. Abuso contra los niños [Zulán Marcela Fuentes Ortega].

Grijalvo, México D.F.: Ed., 2000, 379 págs.

MUSSEN, PAUL HENRY. Desarrollo de la Personalidad en el niño. México:

Ed. Trillas, 2004. 563 págs.

Webs:

✓ www.monografias.com/maltrato/infantil. 2011

✓ www.wikipedia.com/piscologia. 2011

✓ www.ilustrador.com/matrato/infantil/analisis/picologico. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1. Modelo de cuestionario aplicado en la encuesta a los Padres.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
Y DE LA EDUCACIÓN
ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Distinguidos Padres:

Como investigador y egresado de la Universidad Técnica de Babahoyo, extensión Quevedo, como parte de nuestra formación académica, he planteado como tema de investigación: EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011, en tal virtud le solicito su generosa colaboración contestando unas preguntas que por cierto, demanda poco de su valioso tiempo. La información que nos brinda será de estricta confidencia.

Finalmente sírvase leer las instrucciones y las preguntas cuidadosamente.- Gracias.

1. ¿Vive usted con sus hijos?

Si

No

2. ¿Usted conoce acerca de la planificación familiar?

Si

No

3. ¿Conoce de cómo se produce maltrato físico?

Si

No

4. ¿Cómo afecta el maltrato infantil en los niños?

Anímicamente

Espiritual

Moralmente

Comportamiento

5. Ha gritado o golpeado a su hijo por motivos de:

Por enojo

Por desobediente

Por castigarlo

de la Nada

6. ¿Usted dialoga con su hijo?

Siempre

A veces

Nunca

ANEXO 2. Modelo de cuestionario aplicado en la encuesta a los niños.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES
Y DE LA EDUCACIÓN
ESPECIALIDAD PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Distinguidos niños:

Como investigador y egresado de la Universidad Técnica de Babahoyo, extensión Quevedo, como parte de nuestra formación académica, he planteado como tema de investigación: EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011, en tal virtud le solicito su generosa colaboración contestando unas preguntas que por cierto, demanda poco de su valioso tiempo. La información que nos brinda será de estricta confidencia.

Finalmente sírvase leer las instrucciones y las preguntas cuidadosamente.- Gracias.

1. Me cuida con exageración y no me deja solo...

Papá () Mamá () Un familiar ()
Un hermano mayor () El maestro () Nadie ()

2. Mis padres trabajan y...

No me hacen caso () Me gritan () Me ofenden ()
Me dejan hacer lo que quiera () Me culpan de todo ()

3. A veces tengo...

Moretones () Señales de mordeduras () Quemaduras de cigarro ()
Quemaduras de plancha () Señales de que me amarran ()

4. Me he roto algún hueso...

Nunca () A veces () Casi siempre ()
Muy seguido () Siempre ()

5. Muchas veces...

Me siento bien () Ando sucio () Tengo piojos ()
Me siento () Tengo hambre y sueño ()

6. Cuando me castigan...

No me pegan () Me pegan con la mano ()
Me pegan con un cinturón () Me pegan con un mecate mojado ()

ANEXO 3: Formulario de registro complementario para la detección y prevención del maltrato y/o abuso sexual en los niños de 2 meses a 4 años de edad.

| HOJA DE REGISTRO MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL | | |
|--|---|------------|
| Hombre | Edad: | Peso |
| ¿Qué problema tiene el niño? | | |
| Primera vez? Control? | | |
| Enseguida VERIFICAR SI TIENE MALTRATO | | CLASIFICAR |
| ¿Cómo se produjeron las lesiones? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Determinar si presenta lesión física: <ul style="list-style-type: none"> o Sugestiva de maltrato. o Inespecífica. > Determinar si presenta lesiones en genitales > Determinar si existe discrepancia entre la Historia / es arrollo y las lesiones. > Determinar si el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato. > Determinar si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño. > Determinar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores. | |
| ¿Cuándo se produjeron las lesiones? | | |
| ¿Cómo corrige a su hijo? | | |
| ¿Cómo solucionan los conflictos? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Determinar si el niño está descuidado en su higiene. ■ Determinar si el niño está descuidado en su salud | |

Las Figuras 1 y 2 ejemplifican las producciones gráficas neurótica y limítrofe respectivamente. Estos dibujos corresponden ambos a niños del grupo de control.



CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO EN LA NIÑEZ

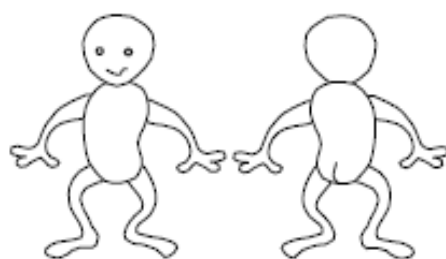
| ¿Tiene el niño signos compatibles con maltrato, abuso, negligencia o falla en la crianza? | | | | | |
|--|--|-------------------|--|--|---|
| PREGUNTAR: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si el niño presenta alguna lesión: ○ ¿Cómo se produjeron las lesiones? ○ ¿Cuándo se produjeron las lesiones? ○ ¿Cómo corrige a su hijo? ○ ¿Cómo solucionan los conflictos en su hogar? | OBSERVAR Y DETERMINAR: <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar si presenta lesión física: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura. ○ Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas, (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido). ○ Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano. ○ Determinar si el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato. ○ Determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones. ○ Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño. ○ Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos. ○ Determinar si el niño está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabello, uñas. ○ Determinar si el niño está descuidado en su salud: <ul style="list-style-type: none"> ○ La consulta es tardía para la causa; o ○ El esquema de vacunación está incompleto, o ○ El niño se encuentra desnutrido. | CLASIFICAR | Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesión física sugestiva de maltrato; ▪ Lesiones en genitales o ano ▪ El niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico o abuso sexual | COMPATIBLE CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tratar las lesiones y el dolor. ➢ Referir al nivel superior. ➢ Notificar a la autoridad competente. ➢ Contactar con la red de protección del niño maltratado. |
| | | | Dos o más de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones físicas inespecíficas. • Comportamiento alterado del niño. • Comportamiento alterado de los cuidadores. • Niño descuidado en su higiene. • Niño descuidado en su salud. • El niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia | SOSPECHA DE MALTRATO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Referir a un profesional de trabajo social y/ o psicología, y si existen fundamentos contactar con la red de protección del niño maltratado. ➢ Reforzar comportamientos positivos de buen trato ➢ Promover medidas preventivas. ➢ Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. ➢ Control en 14 días. |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Uno solo de los signos descritos en la fila anterior | FALLA EN LA CRIANZA | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Reforzar comportamientos positivos de buen trato. ➢ Promover medidas preventivas. ➢ Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. ➢ Citar para la próxima consulta de crecimiento y desarrollo. |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • No tiene ninguno de los signos anteriores | NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Felicitar a la madre. ➢ Reforzar comportamientos positivos de buen trato: ➢ Promover medidas preventivas. ➢ Recordar la próxima visita de crecimiento y desarrollo. |

ANEXO 4. Matriz del trabajo investigativo.

| TEMA | PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES |
|---|---|--|---|---|--|
| <p>EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011.</p> | <p>GENERAL ¿CÓMO EL MALTRATO INFANTIL INCIDE EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DEL SUB CENTRO DE SALUD DE VALENCIA, AÑO 2011?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo afecta el de maltrato infantil de los pacientes diagnosticados en Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, Año 2011? ✓ ¿Cuáles son los factores de maltrato infantil que inciden en el comportamiento Psicológico de los pacientes del consultorio de psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, Año 2011? ✓ ¿Cómo la falta de un plan de capacitación optimizaría el estado psicológico de los pacientes que han sufrido de maltrato infantil en el consultorio de psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, Año 2011? | <p>GENERAL Analizar el maltrato infantil y su incidencia en el desarrollo Psicológico de los pacientes que acuden al Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia, año 2011.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el nivel de maltrato infantil de los pacientes diagnosticados en Consultorio de Psicología del Sub Centro de Salud de Valencia ✓ Establecer los factores de maltrato infantil que inciden en el comportamiento Psicológico de los pacientes del consultorio. ✓ Implementar un plan de capacitación para optimizar el estado psicológico de los pacientes que han sufrido de maltrato infantil. | <p>GENERAL El maltrato infantil es una de las causas que generan los problemas psicológicos del Sub Centro de Salud de Valencia.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminuyendo el nivel de maltrato infantil se conseguirá optimar las relaciones entre los padres e hijos. ✓ Con el análisis de los factores que generan el maltrato infantil se lograra para mejorar comportamiento Psicológico de los pacientes del consultorio. ✓ Con la elaboración de un plan de capacitación se perfeccionará el estado psicológico de los pacientes que han sufrido de maltrato infantil. | <p>Variables Independiente El Maltrato Infantil</p> <p>Variables dependiente Problemas Psicológicos</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Índice de maltrato ✓ Trato brusco ✓ Desorganización en los hogares ✓ Trastornos por maltrato ✓ Dificultades morales ✓ Analizar el Nivel de agresión ✓ Determinar los tipos de lesiones ✓ Comportamiento de los padres ✓ Comprobar las expresiones del niño ✓ Desarrollo educativo |

ANEXO 5. Cuestionarios para detectar el maltrato infantil

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| LOGOTIPO COMUNIDAD AUTÓNOMA | HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO L - Leve M - Moderado G - Grave Para una explicación detallada de los Indicadores, véase el dorso | Sospecha <input type="radio"/> Maltrato <input type="radio"/> |
|-----------------------------------|---|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| <p>MALTRATO FÍSICO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Magulladuras o moratones¹</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Quemaduras²</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Fracturas óseas³</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Heridas⁴</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Lesiones viscerales⁵</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Mordeduras humanas⁶</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intoxicación forzada⁷</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Síndrome del niño zarandeado⁸</td></tr> </table> | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Magulladuras o moratones ¹ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Quemaduras ² | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Fracturas óseas ³ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Heridas ⁴ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Lesiones viscerales ⁵ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Mordeduras humanas ⁶ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intoxicación forzada ⁷ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Síndrome del niño zarandeado ⁸ |  <p>Señale la localización de los síntomas</p> | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Magulladuras o moratones ¹ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Quemaduras ² | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Fracturas óseas ³ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Heridas ⁴ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Lesiones viscerales ⁵ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Mordeduras humanas ⁶ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intoxicación forzada ⁷ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Síndrome del niño zarandeado ⁸ | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>NEGLIGENCIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Escasa higiene⁹</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Falta de supervisión¹⁰</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cansancio o apatía permanente</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Problemas físicos o necesidades médicas¹¹</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso¹²</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G No va a la escuela</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Ha sido abandonado</td></tr> </table> | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Escasa higiene ⁹ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Falta de supervisión ¹⁰ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cansancio o apatía permanente | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G No va a la escuela | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Ha sido abandonado | <p>Otros síntomas o comentarios:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Escasa higiene ⁹ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Falta de supervisión ¹⁰ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cansancio o apatía permanente | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G No va a la escuela | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Ha sido abandonado | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>MALTRATO EMOCIONAL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Maltrato emocional¹³</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual¹⁴</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección¹⁵</td></tr> </table> | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Maltrato emocional ¹³ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intento de suicidio | <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Maltrato emocional ¹³ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Intento de suicidio | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ABUSO SEXUAL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="radio"/> Sin contacto físico</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Con contacto físico y sin penetración¹⁶</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Con contacto físico y con penetración</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Dificultad para andar y sentarse</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Dolor o picor en la zonal genital</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Explotación sexual</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Semen en la boca, genitales o ropa</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Enfermedad venérea¹⁷</td></tr> <tr><td><input type="radio"/> Apertura anal patológica¹⁸</td></tr> <tr><td>Configuración del himen¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/></td></tr> </table> | <input type="radio"/> Sin contacto físico | <input type="radio"/> Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ | <input type="radio"/> Con contacto físico y con penetración | <input type="radio"/> Dificultad para andar y sentarse | <input type="radio"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada | <input type="radio"/> Dolor o picor en la zonal genital | <input type="radio"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal | <input type="radio"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos | <input type="radio"/> Explotación sexual | <input type="radio"/> Semen en la boca, genitales o ropa | <input type="radio"/> Enfermedad venérea ¹⁷ | <input type="radio"/> Apertura anal patológica ¹⁸ | Configuración del himen ¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| <input type="radio"/> Sin contacto físico | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Con contacto físico y con penetración | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Dificultad para andar y sentarse | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Dolor o picor en la zonal genital | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Explotación sexual | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Semen en la boca, genitales o ropa | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Enfermedad venérea ¹⁷ | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Apertura anal patológica ¹⁸ | | | | | | | | | | | | | | |
| Configuración del himen ¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

| | | | |
|---|---|---|--|
| Identificación del niño | | Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI | |
| Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/> | Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/> | | |
| Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/> | Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> | Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> | | |
| Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | |
| Identificación del notificador | | Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> | |
| Centro: | | Servicio / Consulta: | |
| Nombre: | | Área sanitaria <input style="width: 50px;" type="text"/> | |
| Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> | N.º Colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/> | | |

| Maltrato físico ¹ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G | Ocasional | Frecuente |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tiene señales repetidas de heridas, golpes, quemaduras..., de difícil justificación ² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manifiesta haber sido agredido por sus padres ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esconde la agresión y/o da respuestas evasivas o incoherentes ⁴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Negligencia ⁵ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G | Ocasional | Frecuente |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Aspecto físico notoriamente descuidado, mal olor, ropa inadecuada, parasitosis repetidas ⁶ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo físico (retraso crecimiento), emocional y/o intelectual inadecuado ⁷ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Llega al Centro sin desayunar y/o presenta apetito desmesurado ⁸ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parece cansado, se duerme en clase ⁹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acude al centro enfermo, no recibe tratamiento médico adecuado ¹⁰ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absentismo escolar. Se escapa de clase. Asistencia irregular a clase. Llega tarde ¹¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consumo de alcohol u otras drogas ¹² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los padres no asisten a reuniones, ni acuden cuando se les cita, ni colaboran con el profesor ¹³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vuelve solo a casa ¹⁴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Maltrato emocional ¹⁵ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G | Ocasional | Frecuente |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Roba objetos en clase, pide comida ¹⁶ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenta problemas / retraso en la lectoescritura y lenguaje ¹⁷ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No controla esfínteres según su edad o habiendo controlado no controla de nuevo ¹⁸ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actitud temerosa, silenciosa, manifiesta tristeza ¹⁹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evita hablar de sí mismo y/o su familia ²⁰ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenta cambios bruscos en su rendimiento escolar / conducta ²¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los padres tienen una imagen negativa, culpan, desprecian o desvalorizan al niño en público ²² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No quiere volver a casa ²³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Llama o busca ser objeto de atención ²⁴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Abuso sexual ²⁵ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G | Ocasional | Frecuente |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Presenta dolor / picor en la zona anal / genital ²⁶ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conocimientos sexuales no adecuados a su edad ²⁷ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conductas provocativas o seductoras, sexuales explícitas ²⁸ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se observa al menor acompañado/a por adultos distintos ²⁹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene molestias al andar o sentarse ³⁰ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niña o adolescente embarazada (especialmente si se niega a identificar al padre) ³¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masturbación compulsiva o en público ³² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Violencia entre iguales ³³ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G | Ocasional | Frecuente |
|---|-----------|-----------|
| | | |

Observaciones

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------|-------|-----------------------|-------|---------------------|-------|----------|-------|-------|
| Identificación del niño | | | | | | | | | | |
| Apellido 1.º | _____ | | | Apellido 2.º | _____ | | | Nombre | _____ | |
| Sexo | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H | Nacionalidad | _____ | | | Fecha de nacimiento | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | | | | Día | día | mes | mes | año |
| Localidad | _____ | | | Fecha de notificación | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | | | | | | Día | día | mes | mes | año |
| Identificación del notificador | | | | | | | | | | |
| Centro | _____ | | | Dirección | _____ | | | Teléfono | _____ | |
| Apellido 1.º | _____ | | | Apellido 2.º | _____ | | | Nombre | _____ | |

HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

Táchese si el indicador se considera positivo. En caso contrario dejar en blanco
Para una explicación detallada de los indicadores véase el dorso

PRENATAL

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria ¹ | <input type="checkbox"/> Hijo no deseado ⁷ |
| <input type="checkbox"/> Planteamiento de ceder al niño en adopción ² | <input type="checkbox"/> Crisis familiares múltiples ⁸ |
| <input type="checkbox"/> 1.ª visita médica > 20 semana de gestación ³ | <input type="checkbox"/> Soltera / padre desconocido ⁹ |
| <input type="checkbox"/> Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo ⁴ | <input type="checkbox"/> Toxicomanías ¹⁰ |
| <input type="checkbox"/> Distancia entre los nacimientos menos de 18 meses ⁵ | <input type="checkbox"/> Pobre autoestima, aislamiento social o depresión ¹¹ |
| <input type="checkbox"/> Parejas jóvenes (menores de 21 años) ⁶ | |
| Valoración Global Prenatal (L) (M) (G) | |

NIÑO

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Malformaciones, defectos congénitos ¹³ | <input type="checkbox"/> Deficiencia mental ¹⁶ |
| <input type="checkbox"/> Niño prematuro, bajo peso ¹⁴ | <input type="checkbox"/> Trastornos del ritmo del sueño/vigilia ¹⁷ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas ¹⁵ | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de lactancia ¹⁸ |
| Valoración Global Niño (L) (M) (G) | |

POSTNATAL

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre no está alegre con el niño ¹⁹ | <input type="checkbox"/> Falta de ilusión al ponerle el nombre ²⁵ |
| <input type="checkbox"/> Decepción por el sexo ²⁰ | <input type="checkbox"/> Reacción negativa del padre hacia el niño ²⁶ |
| <input type="checkbox"/> Llantos del niño no son controlados por la madre ²¹ | <input type="checkbox"/> Estrés intenso ²⁷ |
| <input type="checkbox"/> Expectativas de la madre muy por encima posibilidades del hijo ²² | <input type="checkbox"/> Separación de más de 24 horas después del nacimiento / período neonatal precoz ²⁸ |
| <input type="checkbox"/> Madre ignora demandas del niño para ser alimentado ²³ | <input type="checkbox"/> Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo ²⁹ |
| <input type="checkbox"/> Madre siente repulsión hacia las deposiciones ²⁴ | |
| Valoración Global Postnatal (L) (M) (G) | |

VISITA DOMICILIARIA

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hacinamiento ³⁰ | <input type="checkbox"/> Nivel de habitabilidad deficiente ³⁴ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas ³¹ | <input type="checkbox"/> Escasa higiene ³⁵ |
| <input type="checkbox"/> Falta de equipamientos ³² | <input type="checkbox"/> Rechazo, no visita ³⁶ |
| <input type="checkbox"/> Adaptación de la vivienda al niño ³³ | |
| Valoración Global Domiciliaria (L) (M) (G) | |

Comentarios

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Táchese lo que no proceda)

Identificación de la madre

Datos primeras iniciales del Primer apellido Datos primeras iniciales del Segundo apellido

Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) Teléfono

Domicilio Código Postal

Identificación del niño

Datos primeras iniciales del Primer apellido Datos primeras iniciales del Segundo apellido

Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) Sexo

Identificación del notificador

Centro: Area Insalud

Servicio / Consulta Nombre:

Profesional N.º de colegiado



7

SIETE PASOS

para proteger a nuestros niños

GUÍA PARA ADULTOS RESPONSABLES



¿QUÉ ES EL ABUSO SEXUAL INFANTIL?

- Cualquier actividad sexual con o sin violencia entre un adulto y un menor, o entre dos menores cuando uno ejerce poder sobre el otro.
- Forzar, coaccionar o persuadir a un niño a participar en cualquier tipo de actividad sexual. Esto incluye contacto sexual aunque también actividades sin contacto directo, como exhibicionismo, exposición de menores a material pornográfico, *voyeurismo* o entablar comunicación de tipo sexual a través del teléfono o de Internet.
- Es una experiencia angustiada y traumática para las víctimas.
- Es un delito castigado por la ley.

ESTE FOLLETO ES SÓLO EL COMIENZO.

- El abuso sexual infantil es un problema extremadamente complejo, y este folleto sólo aborda parte de él.
- La información que proporcionamos aquí no sustituye los consejos de un profesional. Es una guía sencilla cuya finalidad es ayudar a proteger mejor a los menores ante cualquier forma de abuso sexual.

sietepasos

PARA PREVENIR, DETECTAR Y ACTUAR
CON RESPONSABILIDAD FRENTE AL
ABUSO SEXUAL INFANTIL

“La escuela de mis hijos tiene un programa educativo sobre la prevención del abuso sexual, pero ¿no debería un adulto ser más responsable que un niño de seis años?” ...

Imagine lo difícil que es para un niño decirle “no” a un familiar, un maestro o un entrenador.



La seguridad de los niños es tarea de adultos.

Muchas veces enseñamos a los niños cómo protegerse del abuso sexual, que si bien es importante, no puede sustituir la responsabilidad de un adulto.

Nos aseguramos de que usen cinturones de seguridad, les damos la mano para cruzar la calle, guardamos los productos de limpieza tóxicos fuera de su alcance... Entonces ¿por qué dejarles la entera responsabilidad de protegerse de los abusos sexuales?

No siempre los adultos en quienes confiamos para cuidar a niños son dignos de confianza.

Los entrenadores, maestros, padres y madres son figuras de autoridad en las cuales los niños normalmente confían. Sin embargo, un alto porcentaje de las personas abusadoras pertenecen a este grupo.

Estos adultos tienen la oportunidad de “engatusar” a los niños con atenciones y afecto, confundiendo y haciendo difícil que identifiquen estas actitudes como abuso.

A los niños les enseñamos a obedecer a los adultos, y los abusadores lo saben. Es por esto que los programas de prevención dirigidos a los menores han de ser complementados con programas diseñados para que los adultos se den cuenta de su grado de responsabilidad en el tema.

1

primerpaso

CONOZCA LOS HECHOS.

LOS ADULTOS TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE PROTEGER A LOS NIÑOS. ACEPTÉ LA REALIDAD.

“Vivimos en un barrio bonito y seguro. Ninguno de estos niños puede sufrir abuso sexual, ¿verdad?”



Es muy probable que usted conozca a un menor que ha sido o que está siendo víctima de abusos sexuales.

- Los expertos estiman que **1 de cada 4 niñas** y **1 de cada 6 niños** puede convertirse en víctima de abuso sexual antes de cumplir los dieciocho años. Esto significa que en cualquier clase o en cualquier barrio lleno de niños, algunos soportan en silencio el peso de un abuso sexual.
- **Uno de cada 5 niños** es solicitado sexualmente mientras está conectado a Internet.
- Alrededor del **70%** de las denuncias por agresión sexual (incluidos en adultos), tienen como víctimas a menores y adolescentes.
- La edad media de las denuncias por abusos sexuales es de **9 años**.
- Aproximadamente el **20%** de las víctimas de abuso sexual infantil son **menores de 8 años**.
- El **50%** de las víctimas de sodomía, agresiones sexuales con objetos o caricias forzadas, tienen **menos de 12 años**.
- La mayoría de las víctimas menores de edad nunca informan del abuso.
- Aquellos niños víctimas de abuso sexual que mantienen el abuso en secreto, o los que al “contarlo” no son tomados en serio, corren un riesgo muchísimo mayor de sufrir problemas psicológicos, emocionales, sociales y físicos que la población en general. Muchas veces estos problemas les acompañarán en su vida adulta.

primerpaso



“Esto no puede pasar en mi familia. Me daría cuenta si un conocido fuera un abusador.”

Sin embargo, en más del 90% de los casos de abuso sexual el niño y su familia conocen y confían en el abusador.



ES MUY PROBABLE QUE USTED CONOZCA A UN ABUSADOR SEXUAL.

El mayor riesgo para los niños no proviene de desconocidos, sino de sus familiares y amigos.

- Una tercera parte de las víctimas son abusados por miembros de su familia.
- Los abusadores frecuentemente tratan de establecer una relación de confianza con los padres de sus víctimas.
- Muchas víctimas son abusadas por niños mayores o físicamente más grandes.
- Las personas que abusan sexualmente de niños se comportan como cualquier persona. A menudo se esfuerzan por parecer personas dignas de confianza para acceder más fácilmente los menores.
- Quienes abusan sexualmente de niños, con frecuencia se encuentran en lugares que permiten un fácil acceso a niños tales como el propio domicilio de la víctima, clubes deportivos, escuelas o centros religiosos.

LAS CONSECUENCIAS PARA LOS NIÑOS Y PARA LA SOCIEDAD TIENEN UN EFECTO INMEDIATO.

El abuso sexual infantil es una fuente directa de un gran número de problemas que afectan a todos.

- El 70-80% de los niños que han sido abusados se ven luego envueltos en un consumo excesivo de alcohol y drogas.
- Un estudio indica que el 50% de los chicos que han sido abusados tienen pensamientos suicidas y más del 20% intentan suicidarse.
- Los niños que son abusados sexualmente tienen mayor predisposición a desarrollar trastornos alimentarios en la adolescencia.
- Más del 60% de los embarazos en la adolescencia están precedidos de experiencias de acoso, violación o intento de violación.
- Aproximadamente el 40% de los abusadores refieren abuso sexual en su infancia.
- Tanto hombres como mujeres víctimas de abusos sexuales están más expuestos a la prostitución.
- Los abusadores en serie pueden llegar tener hasta 400 víctimas a lo largo de su vida.

05

2

segundopaso

REDUZCA AL MÍNIMO LOS RIESGOS.

SEA CONSCIENTE DE QUE EL ABUSO SEXUAL OCURRE CUANDO UN NIÑO ESTÁ A SOLAS CON UN ADULTO. SEPA CON QUIÉN DEJA A SU NIÑO Y QUÉ HACEN.

“Una organización de mi comunidad organiza programas para niños, pero no limita las situaciones en las que un adulto puede estar a solas con uno niño. ¿Debería preocuparme?”

La mayoría de los casos de abuso sexual infantil suceden cuando un menor está a solas con un adulto. Aprenda a proteger a los niños.

- Sepa que los abusadores a menudo entablan amistad con sus víctimas potenciales y sus familias, participando en sus actividades, ganándose la confianza de todos ellos, logrando así pasar tiempo a solas con los niños.
- Cuando deja a su hijo a solas con otra persona, sea adulta, joven o adolescente, procure que puedan ser observados. Siempre que sea posible favorezca situaciones en las que su hijo se integre en grupos.
- Enseñe con el ejemplo, evitando en lo posible situaciones en las que usted se encuentre a solas con un menor que no es su hijo.
- Supervise el uso de Internet que hace su hijo, éste es uno de los medios que emplean los abusadores para contactar en privado con menores. Usan Internet para convencer a los niños de mantener un contacto físico.

06



segundopaso



Reduzca los riesgos. Siga unas normas básicas.



- Promueva normas y reglas tendentes a reducir o eliminar situaciones en las que un menor quede a solas con un adulto en todas las organizaciones para la infancia y la juventud, tales como grupos religiosos, equipos de deporte y clubes escolares. Estos reglamentos y normas deben asegurar que todas las actividades pueden ser observadas.

- Hable con los responsables de estas actividades sobre la supervisión de los jóvenes monitores que tienen alguna responsabilidad en el cuidado de los niños.

- Evite las organizaciones que no soliciten a todas las personas que trabajan directamente con niños que les proporcionen sus antecedentes penales.

- Insista en que estas organizaciones informen a sus empleados en la prevención, la identificación y la reacción apropiada frente al abuso sexual de menores.

- Asegúrese de que las organizaciones de actividades para menores tengan normas para reaccionar ante sospechas de abusos y cómo denunciar los mismos.

Pasar tiempo a solas con un adulto de confianza es sano y valioso para un niño. Le ayuda a construir su autoestima y a establecer relaciones interpersonales. Hay algunas cosas que usted puede hacer para proteger al niño cuando quiere que pase tiempo a solas con un adulto.

- Déjese caer inesperadamente cuando el niño está a solas con un adulto, aunque sea un miembro de confianza de la familia.

- Asegúrese de que en sus salidas se les puede observar.

- Pregunte al adulto detalles sobre las actividades previstas antes de que el niño se quede con él. Observe la actitud del adulto al hablar sobre ello.

- Hable con el niño cuando regrese. Preste atención a su estado de ánimo y valore si puede contarle con desenvoltura cómo pasaron el tiempo.

- Busque la manera de hacerles saber a los adultos que cuidan niños que, tanto los pequeños como usted mismo, están concienciados sobre el abuso sexual infantil.

07

3

tercerpaso

HABLE SOBRE EL TEMA.

EN GENERAL, LOS NIÑOS MANTIENEN EL ABUSO EN SECRETO, PERO LAS BARRERAS CAERÁN SI USTED HABLA ABIERTAMENTE DEL ASUNTO.

“Mi hija me lo cuenta todo. Si alguien le acosara sexualmente, sé que me lo contaría.”

Entienda por qué a los niños les asusta “contar”.

- El abusador suele avergonzar al niño, acusándolo de haber permitido que ocurriera el abuso, o diciéndole que sus padres se enfadarán al enterarse.

- La persona que abusa suele ser una persona manipuladora y puede confundir al niño sobre lo que está bien y lo que está mal.

- A veces el abusador amenaza al niño o a un miembro de su familia.

- A los niños que no revelan el abuso la primera vez, les da vergüenza contarle cuando éste se repite.

- Los niños temen desilusionar a sus padres y romper la armonía familiar.

- Muchos abusadores convencen a los niños de que el abuso está “bien” o que es un “juego”.

- Algunos niños son demasiado jóvenes para entender la situación.



08



Menos de una tercera parte de los padres ha hablado y/o mencionado el tema del abuso sexual con sus hijos.

Se ha demostrado que, incluso cuando lo han hecho, la mayoría de los padres no mencionó que el abusador podría ser un amigo o incluso un miembro de la familia.

Entienda cómo se comunican los niños.

- Los niños que revelan ser víctimas de abuso sexual lo hacen generalmente con otro adulto de confianza que no son ni su padre ni su madre. Por esta razón, es particularmente importante formar a las personas que trabajan con niños.
- Los niños a veces cuentan "parte" de lo que pasó o fingen que es algo que le pasó a otro niño, para averiguar la reacción del adulto.

- Frecuentemente los menores se "cierran en banda" y se niegan a seguir hablando si el adulto reacciona de manera negativa o se altera emocionalmente.

Hable abiertamente con sus hijos.

- La buena comunicación puede disminuir la vulnerabilidad de su hijo frente al abuso sexual, y aumentar la posibilidad de que se confíe a usted en caso de que esto ocurra.
- Háblele a su hijo sobre su cuerpo, sobre qué es el abuso sexual infantil y, cuando sea apropiado, de acuerdo a su edad, hablen de sexo con naturalidad.
- Dé ejemplo con el cuidado de su cuerpo y enseñe a los niños cómo cuidar el suyo.
- Enséñele a su hijo que va contra las "reglas" que los adultos manifiesten intenciones sexuales con los niños y ponga ejemplos. Enséñele qué partes de su cuerpo no pueden tocar otras personas.
- Mencione que el abusador también puede ser un amigo, un miembro de la familia u otro niño mayor que él.
- Enséñele a sus hijos a no dar su dirección de e-mail, ni la dirección o el teléfono de su casa cuando estén navegando por Internet.

- Aborde el tema lo más pronto posible y hable de ello regularmente. Aproveche cualquier oportunidad que se presente en la vida cotidiana para hablar con sus hijos sobre el abuso sexual.

- Sea proactivo. Si un niño se siente incómodo o se resiste a estar con un determinado adulto, pregúntele por qué.

Hable con otros adultos sobre el abuso sexual infantil.

- Compartir información con otros adultos favorece el mutuo apoyo y el conocimiento sobre el abuso sexual infantil.
- La toma de conciencia en su comunidad sobre el tema influye en sus decisiones sobre la seguridad de los niños.
- Al hablar del abuso sexual, usted puede estar ofreciendo apoyo e información a un adulto cuyo hijo esté viviendo una experiencia de abuso sin saber qué hacer.
- De este modo, los potenciales abusadores sabrán que usted está alerta.

4

MANTÉNGASE ALERTA. NO ESPERE SEÑALES OBIVAS DE QUE UN NIÑO ESTÁ SIENDO OBJETO DE ABUSOS SEXUALES. GENERALMENTE LOS INDICADORES ESTÁN AHÍ, USTED PUEDE DETECTARLOS.



“¿Se debe el retraimiento de mi hijo a la angustia de la preadolescencia o está siendo víctima de abuso sexual?”



Aprenda a detectar los indicadores.

- Las señales físicas de abuso sexual son poco comunes, sin embargo la irritación, la inflamación o el sarpullido en el área genital, las infecciones de las vías urinarias u otros síntomas, deben ser investigados con detenimiento. También es posible que, debido a la ansiedad, surjan problemas físicos como dolor abdominal crónico o dolores de cabeza.
- Son más comunes las señales emocionales o de comportamiento. Éstas pueden variar desde un comportamiento perfeccionista, retraimiento o depresión, hasta una rabia y rebeldía inexplicables.
- Un comportamiento y un lenguaje abiertamente sexual y atípico para la edad, también pueden ser una señal de alarma.
- Finalmente tenga en cuenta que algunos niños no muestran señal de ningún tipo.

Si detecta señales físicas sospechosas de abuso sexual, haga que el niño sea examinado inmediatamente por un profesional especializado en abuso sexual. La oportunidad de condenar a un abusador puede depender de la evidencia forense descubierta durante el examen del niño.

5

quintopaso

INFÓRMESE, SEPA REACCIONAR.

SEPA A DÓNDE IR, A QUIÉN LLAMAR Y CÓMO REACCIONAR.
EL ABUSO SEXUAL ES UN DELITO. ¡DENÚNCIELO!

quintopaso



“Mi hija de once años dijo que mi marido, su padrastro, entra en su cuarto por la noche. Luego dijo que todo era un invento. Ahora no quiere decirme nada. No sé qué hacer”.

No reaccione exageradamente.

• Si su hijo se rompe el brazo o sufre fiebre muy alta, usted sabe que debe mantener la calma y cómo pedir ayuda, ya que se ha preparado de antemano para tal eventualidad. La manera de reaccionar frente al abuso sexual debe ser igual. Su reacción tiene gran impacto sobre un niño vulnerable.

• Cuando usted responde con rabia o incredulidad frente a una revelación que le hace su hijo, a menudo la respuesta es: El menor se encierra en sí mismo.

• El menor cambia su historia ante su reacción de rabia o de incredulidad, cuando de hecho, está siendo víctima de abusos.

• El menor cambia su historia según la formulación de sus preguntas, consecuentemente, en el futuro, él o ella se referirá al incidente como si hubiese sido “guiado” en sus respuestas. Esto puede ser muy perjudicial si el caso se lleva a juicio.

• El menor se siente aún más culpable.

Muy pocas denuncias son falsas.

Ofrezca su apoyo.

• Crea lo que le dice el menor y asegúrese de que él así lo entiende.

• Agradezca al niño el hecho de contárselo y reconózcale su valentía haciéndole saber que él no es culpable de lo ocurrido.

• Anime al menor a que hable pero no profundice demasiado en los detalles. Esto puede alterar el recuerdo de los hechos. Si quiere saber más, bastará con decirle, “¿y qué paso luego?”

• Busque la ayuda de un profesional capacitado para entrevistar al menor sobre abuso sexual. Esta orientación profesional puede ser crucial en el proceso de curación del niño y en el proceso criminal contra el abusador.

• Haga saber al menor que su responsabilidad es protegerlo y que hará todo lo que sea necesario para ayudarlo.

• Actúe siempre que tenga sospechas de abuso, ya sea en su familia o fuera de ella.

La seguridad de un niño es mucho más importante que cualquier incomodidad o conflicto emocional al que tenga que enfrentarse.

• No tenga pánico. Los menores víctimas de abuso sexual que reciben apoyo y ayuda psicológica pueden superarlo.

011



quintopaso



El abuso sexual de menores es un delito. ¡Denúncielo!

Recuerde que en España la Ley nos obliga a poner en conocimiento de la autoridad competente cualquier indicio o sospecha de abuso sexual del que tengamos conocimiento.

Conozca los pasos legales para denunciar.

Si usted es un profesional que trabaja con niños: como maestro, enfermero, trabajador social, médico, educador, etc., usted debe disponer de procedimientos y protocolos específicos para denunciar y/o poner en conocimiento de la autoridad competente los indicios y/o sospechas de abuso sexual.

Debe conocer los organismos y/o instituciones con competencias para denunciar un abuso sexual en un/a menor. La mayoría de las denuncias son recogidas por:

- Los Juzgados de Guardia.
- La Fiscalía de Menores.
- La Policía Nacional, Guardia Civil y la Policía Local.
- El Servicio de Protección al Menor y Atención a la Familia.
- Los Servicios Sociales Municipales

Los Servicios de Protección al Menor y Atención a la Familia atienden y denuncian los casos de los menores que se encuentran en situación de desprotección si no existe ningún adulto o tutor en su entorno familiar que garantice su seguridad.

012

6

sextopaso

ACTÚE CUANDO TENGA SOSPECHAS. ESTÁ EN RIESGO EL FUTURO BIENESTAR DE UN NIÑO.

sextopaso



Al actuar cuando tiene sospechas de abuso sexual infantil, usted ayudará no solo a un menor, sino también a muchos más.

Muchos abusadores de menores tienen múltiples víctimas.

“¿Y si no estoy seguro? ¿A dónde puedo dirigirme?”

Usted puede encontrarse ante una situación de sospecha de abuso pero no tiene pruebas. Las sospechas pueden dar miedo, pero confíe en su intuición. Tenga el valor de denunciar y/o poner en conocimiento sus indicios o sospechas de un posible abuso sexual.

Si no está seguro de querer poner una denuncia oficial y lo único que necesita es apoyo o asesoramiento, puede contactar con:

- El Servicio de Protección al Menor y Atención a la Familia
- Los Servicios Sociales Municipales
- Su Centro de Salud de Atención Primaria
- La Oficina de Defensa de los Derechos del Menor
- Las Oficinas de Ayuda a Víctimas del Delito

Hable con el padre o la madre del menor (excepto si sospecha que él o ella es el abusador). Entréguele materiales educativos sobre abuso sexual, como por ejemplo este folleto. Si los padres muestran indiferencia frente a la información, o si considera que no actúan en consecuencia, usted mismo tendrá que contactar con alguna de las entidades recomendadas.

Estos recursos pueden ayudarle si no está seguro de si ha ocurrido el abuso o no, pero no sustituyen a una denuncia oficial. Piense que está usted obligado a denunciar y piense también que quizás sea la única oportunidad de protección que tiene el niño.



013

7

séptimopaso

INVOLÚCRESE. OFRÉZCASE COMO VOLUNTARIO O COMO SOCIO PARA APOYAR ORGANIZACIONES QUE LUCHAN CONTRA EL MALTRATO Y EL ABUSO SEXUAL A MENORES.

séptimopaso



“¿Qué puedo hacer para ayudar a los niños?”

Utilice su voz y su voto para convertir su comunidad en un lugar más seguro para los menores:

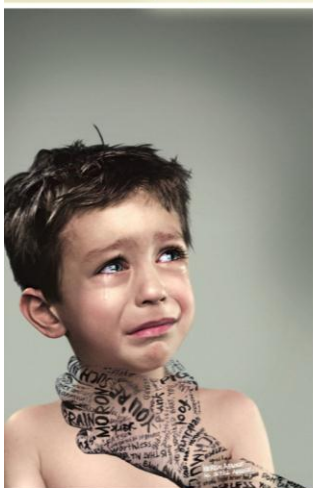
- Apoye la legislación que ampara a los niños.
- Exija que las distintas administraciones públicas dediquen más recursos a las campañas contra el abuso sexual a menores.
- Llame y escriba a sus representantes electos municipales, autonómicos o estatales (concejales, diputados, regidores).
- Escriba cartas a los periódicos.

ROMPA EL CICLO DE SILENCIO.

COMENCEMOS CON LA PREVENCIÓN Y LA RECUPERACIÓN.



014



Las referencias Españolas son de:
 José Manuel Alonso (2000),
 JM Font, P., Val, A. (1999)
 Save the Children, Grupo Europa (1998)
 y López, F.Y., Del Campo, A. (1997).



SIETE PASOS

para proteger a nuestros niños

PARA PREVENIR, RECONOCER Y ACTUAR RESPONSABLEMENTE FRENTE AL ABUSO SEXUAL INFANTIL.



- | | |
|----------------------------------|--|
| <p>1 primer paso</p> | <p>CONOZCA LOS HECHOS. Los adultos tienen la responsabilidad de proteger a los niños. Acepte la realidad.</p> |
| <p>2 segundo paso</p> | <p>REDUZCA AL MÍNIMO LOS RIESGOS. Sea consciente de que el abuso sexual ocurre cuando un niño está a solas con un adulto. Sepa con quién deja a su niño y qué hacen.</p> |
| <p>3 tercer paso</p> | <p>HABLE SOBRE EL TEMA. En general los niños mantienen el abuso en secreto, pero las barreras caerán si usted habla abiertamente del asunto.</p> |
| <p>4 cuarto paso</p> | <p>MANTÉNGASE ALERTA. No espere señales obvias de que un niño esté siendo abusado sexualmente.</p> |
| <p>5 quinto paso</p> | <p>INFÓRMESE, SEPA REACCIONAR. Sepa a dónde ir, a quién llamar y cómo reaccionar. El abuso sexual infantil es un delito. ¡Denúncielo!</p> |
| <p>6 sexto paso</p> | <p>ACTÚE CUANDO TENGA SOSPECHAS. Está en riesgo el futuro bienestar de un niño.</p> |
| <p>7 séptimo paso</p> | <p>INVOLÚCRESE. Ofrezcase como voluntario o como socio para apoyar organizaciones que luchan contra el maltrato y el abuso sexual a menores.</p> |

ANEXO 7. Fotos.



Foto 1. Subcentro de Salud de la ciudad de Valencia.



Foto 2. Aplicación de cuestionarios a los pacientes.



Foto 3. Aplicación de test.



Foto 4. Capacitación.