



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES**



MSP 2008-2010 El Salvador

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

TITULO

**“CARACTERIZACION DEL MALTRATO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
DE 4 A 16 AÑOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS**

SAN SALVADOR, ENERO A DICIEMBRE 2009”

Tutor:

Alice Pineda Whitaker Msc Epidemiología

Msc Desarrollo Rural Eco- Sostenible

Alumna:

Astrid Lorena Magaña de Olano M.D.

San Salvador, Noviembre de 2011

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii

Contenido

I.Introducción.....	1
II.Antecedentes.....	2
III.Justificación.....	2
IV.Planteamiento del problema.....	4
V.Objetivos.....	5
VI.Marco referencial.....	6
VII.Metodología.....	24
VIII.Descripción de los resultados.....	27
IX.Discusión.....	31
X.Conclusiones.....	34
XI.Recomendaciones.....	35
XII.Bibliografía.....	36
XIII.Anexos.....	38
1. Análisis grafico de la violencia y el maltrato infantil	
2. legislación nacional instrumento de recolección de datos.	
3 .Plan nacional de maltrato infantil	
4. Tablas de operacionalización de las variables	
5. Instrumento de recolección de datos.	

DEDICATORIA

A dios todopoderoso

A mis padres, en especial a mí amado padre que me animo siempre con su ejemplo y amor

A mí amado esposo que me dio ánimo y comprensión hasta el final

A mis adorados hijos por mis frecuentes ausencias

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Víctor Mejía que con toda su voluntad me apoyo ayudándome a superar mis dificultades.

A Alice Pineda Whitaker que con su experiencia me oriento al final del camino.

A mis amigos que me dieron ánimo y me apoyaron en mis momentos de debilidades con sus muestras de cariño.

RESUMEN

1. Objetivo

El presente estudio es una investigación descriptiva de corte transversal se realizó en la zona Sur de San Salvador específicamente el municipio de San Marcos; el objetivo general fue el de caracterizar el maltrato en los niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años que consultaron con diagnóstico de maltrato en los meses de Enero a Diciembre 2009. Los objetivos específicos fueron describir el contexto de la situación de violencia del municipio haciendo énfasis en los indicadores de violencia, definir a los niños, niñas y adolescentes con maltrato, identificar las características del agresor y clasificar las formas de maltrato más frecuentes.

2. Metodología

Toda la información se recolectó de los expedientes clínicos de los pacientes que consultaron por este diagnóstico y del servicio de psicología de la Unidad de Salud; se realizó el análisis de los datos en el programa EPI_INFO®3.5.1, presentado en tablas y gráficas para el cruce de variables.

3. Principales resultados

Entre los resultados encontrados el contexto de violencia del municipio se encontró que existen factores de riesgo que son predisponentes; las causas de mortalidad el desempleo, el hacinamiento, el bajo ingreso familiares, el bajo nivel educativo, denuncias familiares de violencia familiar y el haber sido víctimas de violencia en algún momento por pertenecer a este municipio. El estudio detallo los resultados enumerando los hallazgos según los cuatro objetivos así por ejemplo; que el municipio de San Marcos tiene la mayoría de indicadores de violencia positivos, denuncias, consultas por agresiones, niveles bajos educativos, analfabetismo; las edades más frecuentes que se encontraron son en menores de 9 años del sexo femenino y los menos frecuentes mayor de 15 años; el nivel escolar en primer lugar se encontró educación primaria y en segundo lugar ningún grado escolar; la mayoría de los casos tienen relación familiar con el agresor en un porcentaje de 48.7% el cual es el padre, la madre o es un familiar cercano (20.5%); los hogares son mono parentales cuyo representante en el hogar es la madre. El agresor en la mayoría de los casos es menor de 28 años, con antecedentes de algún tipo de maltrato en el 100% en todos los casos, ya sea este físico, sexual o psicológico; el nivel de escolaridad es ninguno o educación primaria, solo un caso había realizado educación superior técnica; el ingreso mensual es menos de un salario mínimo, la mayoría de los casos sin pareja y usa algún tipo de drogas. Los tipos de maltrato que presentó la víctima en orden de frecuencia fueron el físico 74.3%; el psicológico 12.8% y el sexual 12.8%, pero también se presentó la combinación de todas. Entre las recomendaciones está socializar los resultados para que las autoridades locales y las instituciones involucradas en el tema, faciliten educación y programas de prevención contra la violencia y el maltrato dirigido a la población vulnerable.

I. INTRODUCCION

El Maltrato constituye un problema mundial, social, multidimensional y multifactorial donde sus principales víctimas son niños y niñas menores de edad e indefensos, existe falta de educación e información a nivel institucional y de la comunidad por lo que este hecho no se denuncia; muchas veces el agresor también pertenece a su entorno familiar.

Desde el año 1868 se empezó a describir este Síndrome del Niño Maltratado por Tardeui. 1946 Caffey se describió necropsias de hematomas subdurales en niños sin ninguna explicación clínica. Kempes 1962 describió el Síndrome de Niño Maltratado.

Nuestro país no se escapa de este síndrome por lo que existe una integración de instituciones que se dedican al manejo de este problema como son el ISNA, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio de Justicia, ONG nacionales y privadas y la PNC (otras con menor participación la Alcaldía Municipal y el Ministerio de Educación)

En Mayo 2010 CLADEM realizo una convención en nuestro país donde se redactó la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, la cual fue aprobada hasta el 26 de marzo de 2009 y que entró en vigencia el 16 de abril del presente año.

En el presente estudio aborde las características económicas, educativas, familiares del agresor y de la víctima relacionados al Maltrato en el Municipio de San Marcos.

II. ANTECEDENTES

Según reportes del año 2008 de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos a través de la Procuraduría Adjunta para la Defensa de los Derechos de la Mujer y la Familia en los últimos tres años existe un aumento de los casos de agresiones tipificadas de tipo sexual en niños, niñas y adolescentes solamente de Enero del 2002 a Enero 2008 se registró en este municipio un total de 5,869 denuncias de agresiones sexuales, el 88% de éstos delitos fueron dirigidos contra víctimas del sexo femenino y el 12% contra el sexo masculino, en su mayoría niños.

Se ha realizado otro estudio pero sobre la temática de violencia en general del municipio no específico en niños, niñas y adolescentes.

En la unidad de salud de San Marcos se han ido diagnosticando muchos casos relacionado con el maltrato infantil dándole atención médica, psicológica o referencia a la PNC, ISNA y Fiscalía Nacional de la República. En el año 2003 se empezaron a reportar 42 casos de maltrato infantil de varios tipos sexual, psicológica y física, registrados en el libro de violencia de la Unidad de Salud de San Marcos del departamento de San Salvador, en el año 2004 se reportaron 39 casos, en el año 2005 aumentaron a 42 casos, en el año 2006 bajó a 41 casos, en el año 2007 se reportaron 48 casos, y en el año 2008 solamente 45 casos aunque con información incompleta por las múltiples fuentes de información y por el miedo a la denuncia.

Según el estudio de violencia del municipio del año 2008 realizado por la alcaldía de San Marcos hay muchos factores asociados en la población que confirman la teoría ecológica.

III. JUSTIFICACION

Esta investigación permite hacer una caracterización del maltrato en el del Municipio de San Marcos, de San Salvador detallando los indicadores de violencia municipales, definir a los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de maltrato, identificar características del agresor y las formas de maltrato más frecuente. La información se difundirá en las instituciones locales correspondientes para poder realizar medidas preventivas ante este problema social y de salud pública.

Es necesario que las autoridades, la comunidad y los profesionales tomen un papel importante en la detección temprana, educación de la población a la denuncia, el manejo y promoción de estrategias para poder ayudar a este grupo vulnerable de la sociedad que además es agredido por sus mismos progenitores y familiares cercanos.

Las diferentes formas de maltrato encontradas fueron:

- A .Abuso sexual
- b. Maltrato físico
- c. Maltrato emocional
- d. Abandono.

IV. CON BASE A LO ANTERIOR SE PLANTEA EL SIGUIENTE PROBLEMA:

¿Cuál es la caracterización del maltrato en los niños, niñas y adolescentes de 4 hasta 16 años atendidos, en la Unidad de Salud de San Marcos, de San Salvador de Enero a Diciembre en el año 2009?

V. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años clasificados en la unidad de salud de San Marcos, de San Salvador, en Enero a Diciembre 2009.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el contexto de la situación de violencia del municipio de San Marcos con énfasis en los indicadores de violencia.
2. Definir a los niños, niñas y adolescentes diagnosticadas con de maltrato.
3. Identificar las características del agresor.
4. Clasificar las formas de maltrato más frecuentes.

VI. MARCO REFERENCIAL

El Maltrato (M) tiene repercusiones sociales, económicas, psicológicas ya que las víctimas infantiles en un futuro serán adultos del mañana que repetirán esta práctica educativa que se hereda entre nuestras familias. Y cada vez son más las denuncias por estos casos ya sea porque las instituciones han colaborado o porque las familias han perdido el miedo a buscar ayuda. Los casos han aumentado y las diferentes formas de presentarse el maltrato.

El concepto según la OMS 1999 “el maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.¹

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato 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. El maltrato es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, y al respecto Manterola afirma: “El maltrato a los niños, niñas y adolescente no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad”.² El M se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores bio- psicosociales.

¹ OMS 1999

² Manterola.C ,Maltrato fisico y abuso sexual. 1997 Pag. 161.Modificado

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

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su prole y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. En la historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con las propiedades injusto". En el siglo IV d.C., en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. Asimismo, un rey de Suecia llamado Aun sacrificó a nueve de sus 10 hijos con el afán de prolongar su vida. El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en algunos países como China, se usaba para controlar la natalidad.

Margaret Lynch describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. A raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países; no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de

realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado.

Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podía ser agredidos no solo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyo el termino golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño.³

En México se han realizado estudios desde el año de 1995 donde el factor común en los niños es la violencia intrafamiliar, resultando los niños más maltratados en un 61% seguido por las madres en un 21%. La forma más común de maltrato es la verbal en un 80%, a través de gritos, desprecios, insultos y amenazas de golpes. La forma corporal se presenta a través de golpes en el cuerpo, violación sexual y golpes en la cara.

Tardieu realizo necropsia en niños golpeados o quemados y recopilo datos en los años 1868, y Caffey describió hallazgos radiológicos en niños maltratados.

Kempe y Fontana dieron la definición del síndrome del niño maltratado como la serie de lesiones provocadas intencionalmente por un adulto, la mayoría de veces por un miembro de la familia. Las lesiones pueden ser diversas: físicas, emocionales, mixtas, complejas en sus manifestaciones (ritualismo, síndrome de Munchausen por contigüidad) provocar secuelas emocionales importantes y llevar hasta la muerte.

Actualmente se cuenta con mucha información acerca de este problema de salud pública que afecta a todas las sociedades del mundo y que recientemente fue

³ Dr. Juan Manuel Saucedo Garola. Dr. Oscar Sánchez Guerrero, Maltrato Físico y abuso sexual, Asociación Mexicana de Pediatría, pag 158

incluido en las clasificaciones nosológicas psiquiátricas de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10) y de la American Psychiatric Association (DSM-IV). Pese a ello todavía se ignora mucho de lo que realmente sucede en las familias donde el maltrato es una forma de vida, así como los complejos factores sociales, familiares e intrapsíquicos que intervienen en la gestación de este fenómeno tan específicamente humano.

TEORIAS DEL MALTRATO

FACTORES DE LA AGRESION FISICA

Son cuatro los marcos teoricos que han sido invocados para tratar de explicar el origen y mantenimiento de la violencia intrafamiliar:

1. Modelo de aprendizaje social
2. Modelo de la psicopatologia
3. Modelo de la agresividad
4. Modelo sistématico

1.El modelo del aprendizaje social postula que la conducta violenta es aprendida en el hogar, cuyos miembros repiten posteriormente cuando forman sus propias familias. Aquellas personas que presenciaron escenas de agresiones verbales y físicas entre los padres y otros familiares tienden a repetirlas posteriormente con sus propios conyugues e hijos: así , se explica la transmision intergeneracional de la violencia . Este modelo , sin embargo, no explica de modo suficiente los mecanismos que intervienen en la inhibicion de la violencia.

2.Modelo psicopatologico, el origen de la agresividad radica en factores intrapsiquicos, es decir, en cuadros de psicopatologia sufridos por el agresor. Pero aunque en muchos casos de padres maltratadores es posible integrar un diagnóstico de enfermedad mental o de trastornos de personalidad, no hay un tipo especifico de psicopatologia presente en forma consistente en los progenitores violentos.

3.El modelo de la agresividad: explica que la agresividad es estimulada aversivamente y establece que la conducta agresiva mas que ser aprendida, deriva del simple deseo de producir dolor, y es proecipitada por una variedad de estímulos.

4. El modelo sistémico :es el mas completo de todos, pues explica el origen de la violencia como resultado de una dinámica familiar disfuncional , donde intervienen tanto factores individuales como relaciones interpersonales inadecuadas y elementos socioculturales.

Para que se manifieste el maltrato al menor se requiere la interacción de por lo menos tres elementos principales el agresor, el sujeto pediátrico y los factores determinantes ambientales.

Existe otra teoría mas compleja que involucra cuatro subsistemas el primero es el macrosistema que lo componen las representaciones sociales, valores, ideologías, conjuntamente con las condiciones históricas, socioeconómicas y políticas, el segundo el exosistema incluye las instituciones intermedias , públicas y privadas, el nivel comunitario y barrial, el tercero el microsistema donde se desarrolla la socialización primaria (familia, escuela ,etc)y el cuarto el ontogénico es la historia de la crianza de los integrantes adultos de la familia, que pueden ser víctimas directas , indirectas, o victimarios. Estos son los factores condicionantes de las características del ámbito familiar. Ver Anexo 5

CONCEPTO DE MALTRATO

“Cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental ocasionado por sus padres o cuidadores que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de acción u omisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico, psicológico y emocional.”⁴

⁴ Martínez y de Paul, Maltrato infantil, 1993

CLASIFICACION DEL MALTRATO

A. Psicológico

Cuando una persona daña la autoestima o el desarrollo potencial de un niño, Niña o un adolescente.

B .Físico

La violencia física implica la existencia de actos físicamente nocivos contra niño; queda definida, habitualmente, por cualquier lesión infringida (hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento). Las lesiones producidas requieren atención médica.

C .Negligencia

El límite entre las causadas deliberadamente pudiendo ocasionar dos accidentes es, en ocasiones, difícil de determinar, pero por ejemplo, la administración a un lactante de grandes dosis de sedante, correspondientes a un adulto o de drogas alucinógenas, son tan peligrosas que equivalen a maltrato.

D .Abandono

Tanto el abandono como la negligencia pueden constituir una forma insidiosa de causar daños graves, y si no interviene un medico o una enfermera, pueden persistir, en ignorancia, por mucho tiempo. La negligencia implica un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. La negligencia física incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales.

La negligencia referida a la nutrición consiste en no proporcionar al niño las calorías suficientes, bien por alimentación escasa o bien por someterle a una dieta extravagante.

Ello da lugar a insuficiencias en el desarrollo, un estado potencialmente amenazador para la vida en el que el peso, talla y con frecuencia el perímetro encefálico está por debajo de lo normal para su edad. Si bien existen enfermedades que ocasionan déficit en el desarrollo, más de la mitad de los casos son debidos a una nutrición inadecuada.

Los niños que presentan estos déficit de desarrollo muestran con frecuencia otros signos de abandono: falta de aseo, y alteraciones emocionales: establecen difícilmente comunicación con los demás, están deprimidos, apáticos y retrasados en cuanto a su desarrollo.

E. Sexual

Los malos tratos sexuales suponen la explotación de niños mediante actos tales como incesto, abusos y violación. Los abusos sexuales se definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares.

Otro término que se utiliza frecuentemente es el de "explotación sexual"; estos niños y adolescentes son "explotados", ya que el abuso sexual les arrebató el control, determinado por el desarrollo, sobre sus propios cuerpos; y el de su propia preferencia, por el aumento de la madurez, por compañeros sexuales y en igualdad de condiciones.

F. Abandono emocional

El abandono emocional coincide casi siempre con los malos tratos físicos, pero también puede darse en casos en que los cuidados meramente físicos son buenos, ocasionando entonces el mismo daño a la personalidad en vías de desarrollo. Una privación severa da lugar a otras manifestaciones distintas de las normales. No solamente se encuentran las múltiples y variadas formas de personalidad psicopática

parcial o encubierta, sino muchos estados de ansiedad y depresión que, casi con seguridad, tienen igualmente sus raíces en las experiencias de privación, o al menos han sido agudizadas por ella. En este último grupo se encuadra el tipo de maltrato infantil que nos ocupa en este apartado: el abandono emocional.

Privar a los niños, en el primer año de vida, de "las relaciones de objeto" (SPITZ R., 1979: 43) es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales. El cuadro clínico que presentan es impresionante. Las privaciones emocionales pueden ser: parciales o totales. Privación emocional parcial: Corresponde a una privación de la presencia de la madre entre el 6to y 8vo mes de vida, y por un periodo de 3 meses, en forma interrumpida. Esto da lugar a la aparición de la depresión anaclítica, que se manifiesta en una detención en el desarrollo (por ej: pérdida de peso), tendencia a contraer enfermedades, se niegan al contacto físico, etc.

Spitz observo que esta sintomatología se presentaba siempre que haya existido una buena relación madre-hijo. En aquellos casos en los que la relación madre-hijo ha sido mala, los niños presentan alteraciones diferentes. En la depresión anaclítica, la mejoría es estimulada cuando "el objeto amoroso" (madre) retorna al infante dentro de un periodo de tres a cinco meses. Se entiende que esta depresión anaclítica, tiene lugar siempre y cuando no haya algún sustituto de la madre en su ausencia.

Es decir, que solamente se le brinden los cuidados físicos y de alimentación necesarios para su supervivencia, sin el agregado de demostraciones de afecto hacia el niño.

Se denomina privación emocional total : Si se priva al niño, durante el primer año , de todas las relaciones de objeto por periodos que duren más de 5 meses, darán muestras de los síntomas antes mencionados en forma cada vez más graves. Es un empeoramiento, que parece ser, al menos en parte, irreversible. El empeoramiento

progresivo y el aumento de la propensión a las infecciones en estos niños, lleva a un porcentaje tristemente elevado de casos de muerte.

Estudios anteriores se han realizado por el Ministerio de Justicia, el ISNA y PNUD.

A nivel nacional; además existen estudios de violencia sobre el municipio de San Marcos, de San Salvador realizados en el año 2008, como el estudio realizado para la alcaldía municipal de San Marcos “Estudio de los factores de riesgo y de las capacidades locales para prevenir la violencia en el municipio de San Marcos.

Existe una correlación significativa entre el tipo de organización familiar, el municipio y los factores de riesgo, así mismo existen vínculos con la población estudiada y su nivel de escolaridad bajo.

Gliugliano de Iglegia menciona en su libro del Maltrato Infantil en el año de 1997 las diferentes causas según sus investigaciones⁵

Causas

- Sociales
- Psicológicas
- Económicas

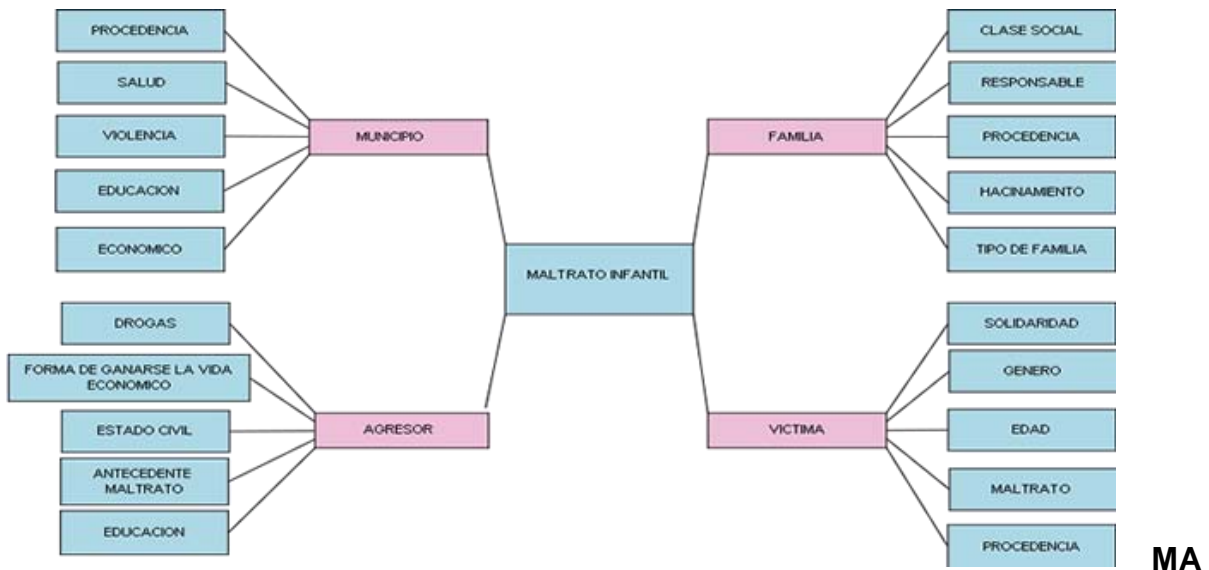
Factores de riesgo

- De la víctima
- Del abusador
- Características de la familia o vínculos defectuosos.
- Municipales
- Familiares⁶

⁵ Stell J.L. Child abuse and Neglect vol. 29 ,2008, Number 10 pag 1141

⁶ GIUGLIANO DE IGLESIA M., 2004: pag.221

GRAFICO N° 1 DE FACTORES RELACIONADO MODIFICADO⁷



ELTRATO EN EL PAIS

En nuestro país se recoge información por medio del centro de investigaciones de la policía nacional civil. El cual después de la denuncia lo refiere a el ISNA, ISDEMU y a el ministerio de justicia para que se realizan las investigación .Anexo 6 (pág.)

FLUJOGRAMA OFICIAL DE ATENCION DE NIÑOS MALTRATADOS Y ABUSO SEXUAL.⁸

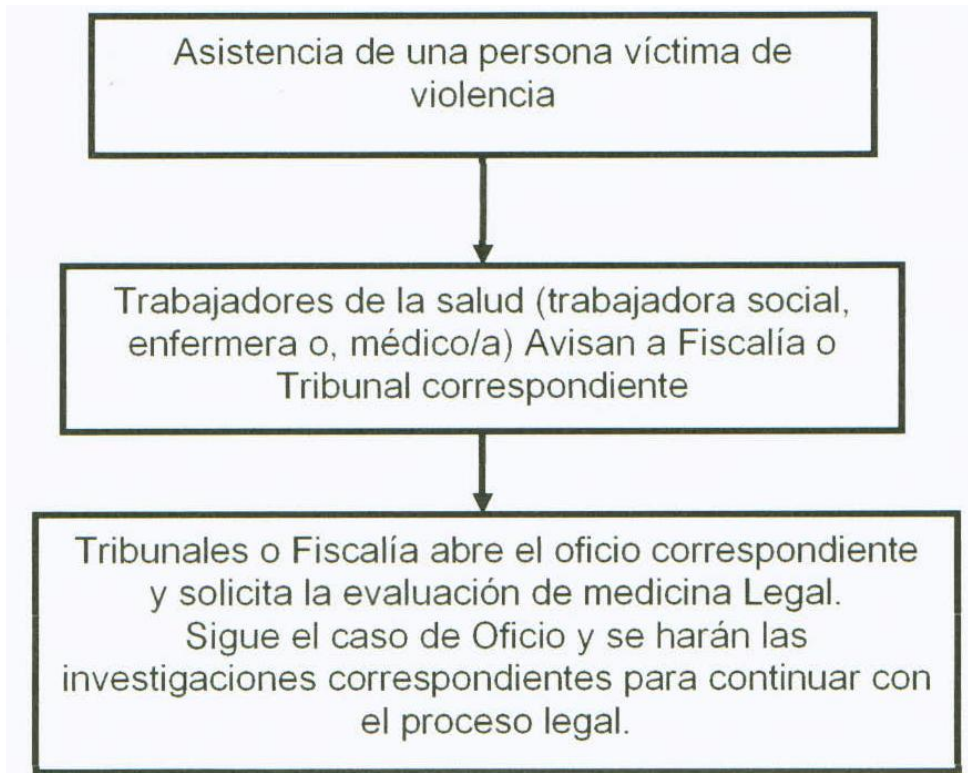
El flujo grama de atención refleja los pasos a seguir cuando un paciente es captado por el sistema judicial, educativo o de salud y los diferentes lugares a los que hay que referir al paciente captado por el cuadro de maltrato infantil .

Primero el empleado de salud capta el paciente luego se manda a medicina legal y luego al ISNA o según el caso al Hospital Benjamín Bloom. Anexo 6 (pág.)

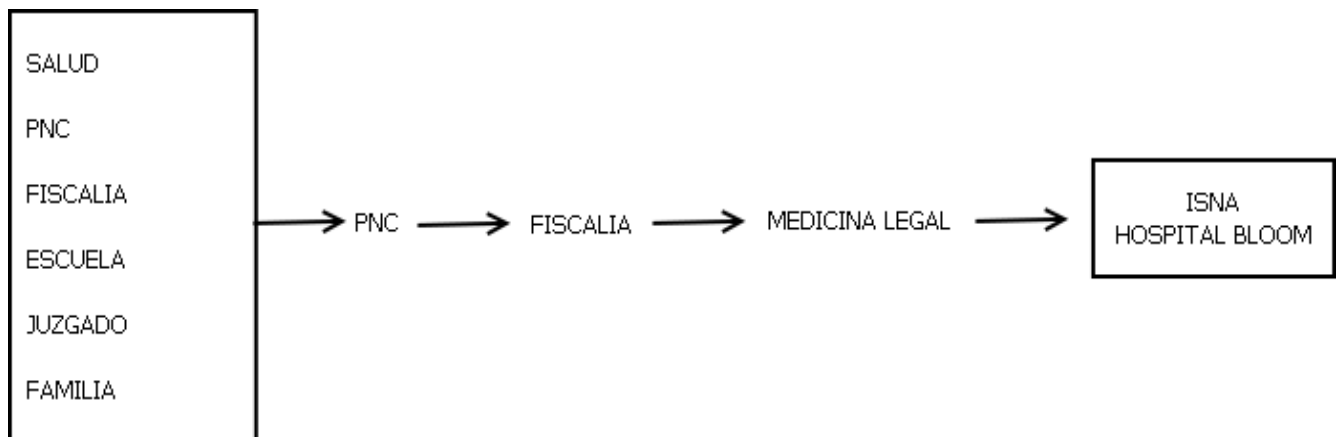
⁷ GIUGLIANO DE IGLESIA M., 2004: pag.221

⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de atención clínica de mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, para hospitales y clínicas. 2007,pag12

ALGORITMO DE AVISO OBLIGATORIO DE LAS PERSONAS VICTIMA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL⁹



Secuencia de la denuncia de los casos detectados.



⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de atención clínica de mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, para hospitales y clínicas. 2007, pág. 12

CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE SAN MARCOS.

Este municipio en particular tiene una combinación de factores entre los que se enumeran¹⁰;

- a) Económicos. Desempleo, no sueldos dignos, subcontratos, empleos informales.
- b) Sociales. Hacinamiento, densidad poblacional alta, uso de drogas, violencia de todo tipo, marginación, discriminación, el adultismo, migración interna y externa, abandono.
- c) Biológicas. Antecedentes genéticos de violencia, problemas psicológicos.
- d) Culturales. Educar con maltrato.
- e) Psicológicas. Depresión, ansiedad, intentos suicidas, agresividad, problemas mentales y retraso mental.

CARACTERIZACION DEL ESPACIO POBLACIONAL

El Municipio de San Marcos perteneciente al departamento de San Salvador con una extensión de 14.7km² y una población de 61.313 habitantes según el censo de población y vivienda del año 2008.

Es un municipio con alta densidad poblacional 4171 habitantes por km² con respecto a los otros municipios de El Salvador. El 100% del área es urbana lo cual lo ubica como municipio dormitorio del gran San Salvador, no posee aéreas cultivables solamente colonias. No hay área rural de cultivos agrícolas.

La estructura social y económica es pobreza extrema baja (la incapacidad de la familia de cubrir la canasta básica urbana) y marginalidad baja (segmento de la población sin el alcanzar beneficios económicos y sociales; además instalados en forma ilegal) lo que predispone a otro tipo de problemas como violencia social, de género, maras, delincuencia, exclusión social, desempleo, promiscuidad, analfabetismo, migración. Por lo que la convierte en una zona de riesgo social para las autoridades judiciales, educación y salud.

¹⁰ Datos del censo nacional de población 2008.

De acuerdo con los últimos datos la población de mujeres 53% y 47 hombres%. La cantidad de personas en promedio 4.8 % por vivienda ocupada. La población de 7 a 17 años es el mayor porcentaje de 334.000 habitantes de ambos sexos¹¹.

Con un predominio de morbilidad de enfermedades transmisibles (diarreas, Infecciones respiratorias y parasitismo intestinal) además la mortalidad principalmente por cánceres y heridas por arma de fuego (muerte violenta).

La unidad de salud del MINSAL correspondiente a esta área está ubicada al sur del municipio, específicamente en la colonia 10 de octubre y recibe diariamente un aproximado de 300-400 pacientes diarios los cuales son atendidos tanto en consulta espontánea como en los diferentes programas de atención.

Las causas de morbilidad según los reportes epidemiológicos mensual del año 2008 son en primer lugar las enfermedades infecto-contagiosas; las infecciones respiratorias superiores, las diarreas y la candidiasis.

Las primeras causas de muerte en el municipio de San Marcos, evidencian la alta tasa de mortalidad por arma de fuego 2.7×10000 , tasa de homicidio general es de 4.89×10000 año 2008, otros tipos de violencia como lo son los traumas craneoencefálicos presentes en un 0.8×10000 habitantes año 2008 pero los datos actuales demuestran que en el país la tasa de homicidio por 100000 ha aumentado a un estado epidémico ya que se han presentado solo en lo que va de este año 3000 muertes por causas violentas arma de fuego o arma blanca por esa razón la tasa nacional de homicidios según datos de la PNC es de 68 a 70×100000 habitantes en este año 2011 y 11.6×10000 en todo el país.

¹¹ Dirección General de Estadística y Censos(DIGESTYC)2008

ASPECTOS GEOGRAFICOS RELEVANTES

El municipio de San Marcos se encuentra ubicado en el departamento de San Salvador. El área geográfica de influencia de la unidad de salud de San Marcos comprende 14.7 Km² siendo delimitada de la siguiente manera: al este con el municipio de Santo Tomas, al suroeste con el distrito 5 de San Salvador y al sur con el municipio de Panchimalco.

Región topográfica irregular con una extensión territorial de 14.71 Km² y elevación 650 metros sobre el nivel del mar.

ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES

El municipio de San Marcos tiene una población netamente urbana y densidad poblacional de 4171 habxKm², según el mapa de pobreza está considerado como de extrema pobreza baja, con una tasa del 10% de los hogares en pobreza extrema.

Existe un predominio del subempleo o empleos informales y el empleo en maquilas. Las maras y la delincuencia común tienen una gran presencia; se reportan homicidios diariamente, por lo tanto es uno de los municipios más violentos del país. Una tasa de analfabetismo en adultos de 1 x 1000. Analfabetismo 8.91% 5634 en el resto de la población.

Existen 30 escuelas y 12 de ellas privadas; 1 instituto nacional, la tasa de alfabetismo en adolescentes es de 98.3 x 1000. Es de hacer notar la influencia de las maras en los centros educativos.

SITUACION ECONOMICA

Según el estudio de DYGESTYC 2008 el total de la población económicamente activa es de 44% 28300 habitantes de los cuales el 8% de la población trabaja en la industria, NA 56% no realiza ninguna actividad productiva, el 3% en la construcción, 1% agropecuario, comercio 14%.El desempleo es de 9.29%.

SITUACION POLITICO SOCIAL

Esta dirigida por la alcaldía municipal de San Marcos por el partido político FMLN, muy identificada con la comunidad que tiene programas para la comunidad denominados colonia saludable, casa de la mujer además se han distribuido el municipio con otras instituciones ISSS, unidad de salud y alcaldía en grupos de trabajo para hacer un diagnóstico de la comunidad.

La población en su mayoría es obrera de la maquilas, y utiliza el municipio como dormitorio. Además hay una población que depende trabajo sin estabilidad ni beneficios de seguridad social (vendedores ruterros, oficios domésticos, costureras, micro buseros, motoristas). Esta población es producto de la migración interna de la guerra civil 1989, de los terremotos y de la violencia de otros municipios.

SITUACION DE VIOLENCIA

Este Municipio está clasificado según el informe del Observatorio Centroamericano sobre Violencia (OCAVI) 2008 como de los 48 más violentos de El Salvador. En el año 2008 en el municipio de San Marcos la tasa de homicidios fue de 4.8 x 10.000 en y el total de muertes fueron un total 238 de las cuales 39 fueron por violencia. (el 15% del total de muertes)

El número de casos por maltrato registrados por el ISNA desde el año 2001 son de 141, en el año 2002 aumentaron a 2488, en el año 2003 los casos disminuyeron a 1953 casos, en el año 2004 aumentaron significativamente a 3285 casos, en el año 2006 vuelve a disminuir a 2931 casos, pero en el año 2007 llega al máximo donde se reportaron 3984 casos y en el año 2008 disminuyo a 3550 casos.

Desde el año 2003-2008 también se clasifican los casos por área geográfica reportándose un total de 238 casos solo del municipio de San Marcos de San Salvador.

También se realizó la clasificación por el tipo de maltrato sexual, físico y psicológico; el mayor número de casos es de tipo físico en el año 2005 se presentaron 36 casos y el año 2008 solamente 42 casos; el número de los casos de maltrato por año desde el año 2003 al año 2008 nos demuestra un aumento de 36 a 42 casos con un total de 238.

Según la procedencia de los casos reportados desde el 2003 al año 2008 el mayor porcentaje de casos es de la zona urbana ya que según las características del municipio no hay zona rural, los casos de área rural pertenecen a otro municipio de la zona sur y no están incluidas en este estudio.ver anexo 1 pag(1)

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN MARCOS.

A la Unidad de Salud consultan pacientes en estado de gravedad que requieren atención de emergencia hospitalaria y el hospital más cercano se encuentra a 6km de distancia en los Planes de Renderos; donde los servicios son limitados, el traslado de los pacientes es tardío; aumentando las complicaciones, secuelas y muerte de pacientes.

La unidad de salud de San Marcos no cuenta con ambulancia para poder agilizar el traslado de estos pacientes para recibir la atención requerida.

ACTORES SOCIALES Y SU INFLUENCIA EN EL AREA DE ESTUDIO.

La intersectorial está formada por representantes del municipio autoridades municipales, PNC, directores de escuelas, director de unidad de salud, representantes comunales, líderes, representantes de organizaciones no gubernamentales y director comunal ISSS. Los datos de aspectos demográficos fueron tomados del informe del censo 2008.

La población total del municipio de San Marcos es de 61,313, el número de partos esperados es de 1144, el número de embarazos esperados es de 1242, la población menor de 5 años es de 5358, la tasa de abortos es de 8.6.

La esperanza de vida de los hombres es de 65 años y el de las mujeres es de 75 años. La densidad de población es alta de 4171xkm² lo que evidencia el hacinamiento de las familias; la población menor de un año es de 990 habitantes; la esperanza de vida de los hombres es de 65 años y de las mujeres es de 75 años; la distribución de grupos de edades de la población de San Marcos por grupos de edades es de niños menores de un año 990, de 1 a 4 años es de 4368, de 5 a 14 años es de 13.004 y la población mayor de 15 años y más es de 42,951; el mayor porcentaje de la población se concentra en menores de 25 años por lo que es considerada una población joven.

Los datos demográficos del municipio de San Marcos del año 2009 son la tasa de natalidad es de 1.69 x1000, la tasa de mortalidad es 0, la tasa global de fecundidad es de 5.75 x1000; la población total en el grupo de edad de 15 a 19 años es de 3312, y la población en el grupo de edad de 20 a 49 años es de 18391. Según la DIGESTYC la población en su mayoría es clasificada como marginalidad baja. Ver anexo 1 pág.

SITUACION HIGIENICO SANITARIA

La cobertura del servicio de agua potable es del 78%, el servicio de drenaje de aseo es del 70%, la letrinización es del 99% y la población tiene el 100% de cobertura de alumbrado eléctrico.

Entre otros problemas que afectan directamente el ambiente tenemos: contaminación por desechos domésticos, contaminación por desechos industriales, deforestación, drenaje de aguas negras no cubre la demanda el 22% carece de este servicio.

PRACTICAS SANITARIAS

En la unidad de salud de San Marcos proporciona charlas para prevenir las enfermedades infecciosas, principalmente diarreicas pero, se hace difícil para la población su aplicación debido a que no cuentan con los recursos como por ejemplo el agua potable cae cada 15 días, el tren de aseo pasa cada 15 días. La población no siempre llega a la unidad de salud ya que acuden únicamente cuando están enfermos. Hay poca educación sobre prácticas sanitarias en el 100% de la población de la zona, la unidad no cuenta con educadores para la salud, el acceso del personal de salud a las comunidades es difícil debido a la alta peligrosidad de la zona lo que interfiere en la educación de la población y se traduce en malos hábitos higiénicos de la población y de las enfermedades transmisibles.

Según un estudio realizado sobre violencia en el municipio de San Marcos denominado “Estudio de los factores de riesgo y de las capacidades locales para la prevenir la violencia en el municipio de San Marcos” realizado en noviembre del año 2008 por el centro de monitoreo y evaluación de la violencia desde la perspectiva ciudadana.

A nivel municipal las variables consideradas para el análisis de los factores de riesgo fueron las siguientes: ¹²

A. Nivel individual

- Educación: primaria, secundaria, terciaria, superior técnica o superior universitaria.
- Uso de sustancias psicotrópicas o alcohol.
- Antecedentes de maltrato.

¹²Monterola.C ,maltrato físico y abuso sexual. 1997 Pag. 161 modificado.

B. Social

- Tipo de familia, ontogénesis, extendida, nuclear, ampliada, integrada, desintegrada, reconstituida, mono parenteral o polinuclear.
- Antecedentes de violencia y maltrato.
- Entorno social violento.

C. Municipal

- Densidad población alto.
- Educación, analfabetismo.
- Económicas, desempleo, tipo de trabajo
- Indicadores de violencia, Número de homicidios, número de denuncias por Maltrato.

D. Riesgo

- Violencia
- Familia, ontogénesis, extendida, nuclear, ampliada, integrada, desintegrada, reconstituida, mono parenteral o polinuclear.
- Económico, ingreso familiar mínimo mensual.
- Educación, primaria, secundaria, terciaria, superior técnica o superior universitaria.

VII. METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal en virtud que se analizó el maltrato de los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de maltrato que consultaron en la unidad de salud de San Marcos, características de violencia del municipio, condiciones propias del agresor y tipos de maltrato.

B) UNIVERSO y MUESTRA:

Es el total de niños, niñas y adolescentes en el rango de edad de 4 a 16 años que consultaron con diagnóstico de maltrato a la unidad de salud de San Marcos de Enero a Diciembre del año 2009, y fueron 40 casos.

La muestra fue un total de casos registrado (n= 40), así la muestra corresponde al total del el universo.

C) UNIDAD DE ANALISIS:

Todo niño, niña y adolescente que consulto a la unidad de salud de San Marcos con características de maltrato que se encuentre en el rango de edad de 4 a 16 años y que consulto en Enero a Diciembre del año 2009.

D) CRITERIOS DE INCLUSION :

- Todo paciente que consulto en la unidad de salud de San Marcos durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2009 con diagnóstico de algún tipo de maltrato.
- Rango de edad 4 a 16 años de ambos sexos
- Originario del municipio
- Consulta por primera vez por este diagnóstico
- Con expediente clínico y psicológico completo

E) CRITERIOS DE EXCLUSION

- Paciente con diagnóstico de algún tipo de maltrato sin expediente completo.
- Paciente con rango de edad menor de 4 años o mayor de 16 años con diagnóstico de maltrato.
- Paciente con diagnóstico de maltrato pero originario de otro municipio.
- Todo paciente con diagnóstico de maltrato que consulto fuera del periodo de Enero a Diciembre del año 2009.

TÉCNICA

Revisión Documental para acceder a los datos por medio de la revisión de expedientes clínicos y evaluaciones realizadas por la psicóloga de la unidad de salud.

Además de un instrumento de recolección de datos .Anexo 9 (pág.)

FUENTES DE INFORMACION

Las fuentes de información son secundarias, serán a través de revisión de expedientes de casos detectados desde Enero a Diciembre 2009, información del libro de reporte diario de casos de maltrato y expedientes del área de psicología (del programa local de violencia de la unidad de salud de San Marcos).

- Expedientes clínicos y psicológicos de la unidad de salud de San Marcos (2009).
- Estudios municipales sobre violencia.(2008)
- Informes estadísticos nacionales sobre violencia (2008-2009).
- Informes de DIGESTYC(2008)
- Informes de OCAVI ¹³(Sitio web. 2008-2009)
- Libro de violencia de la unidad de salud de San Marcos(2009)
- Libro de defunciones de la unidad de salud de San Marcos (2009)
- Informe epidemiológico de la unidad de salud de San Marcos (2009)

¹³ Observatorio Centroamericano sobre la violencia.2011

PLAN ANALISIS Y TRABAJO DE CAMPO.

- El instrumento de recolección de datos se validó en la unidad de salud de San Jacinto, aplicándose al menos en 5 expedientes con diagnóstico de maltrato infantil que no formaron parte de la muestra seleccionada.
- Con base a los resultados se hicieron las modificaciones necesarias al instrumento. Se realizó la recolección de datos por medio de la hoja de vaciamiento de datos de los expedientes médicos y del área de psicología que se incluyeron en los estudios todos pertenecientes al municipio de San Marcos de San Salvador.
- El informe final y los cuadros de salida, se hicieron en el programa Microsoft Word. Se utilizó el programa EPI_INFO@3.5.1 para hacer la base de datos, se realizaron las tablas y gráficas, para hacer el análisis se realizó cruce de variables de acuerdo a los objetivos.

VARIABLES CORRESPONDIENTES A CADA OBJETIVO ESPECIFICO: Para cada objetivo específico se seleccionaron un conjunto de variables que a continuación se enumeran:

- Objetivo 1: Municipio, educación, economía, salud, procedencia, violencia y hacinamiento, mortalidad, morbilidad, número de denuncias por familia, tasa de homicidios.
- Objetivo 2: Víctima; educación, edad, género, escolaridad, antecedente de maltrato, procedencia, tipo de familia, responsable del hogar y hacinamiento.
- Objetivo 3: Agresor, estado civil, antecedente de maltrato, tipo de maltrato educación y uso de drogas.
- Objetivo 4: Tipos de maltrato sexual, psicológico, físico y la combinación de todas. Se han construido 3 tablas donde se describen la operacionalización de estas variables .Anexo 8 (pág.)

VIII. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

El número de encuestas analizadas fueron cuarenta y el resultado fue el siguiente:

Se encontró que este municipio tiene una tasa de homicidios arriba de 4.89 x 10.000; en el año 2008 las muertes fueron un total 238 de las cuales 39 fueron por violencia (el15% del total de muertes).

El tipo de maltrato denunciado por las familia en primer lugar el físico con el 57.5%(23); en segundo lugar está el sexual 23%(9) y en tercer lugar el psicológico17.9%(7). El 97.5%(39) de las familias de las víctimas han sufrido algún tipo de maltrato y solamente en el 2.5%(1) no se ha presentado o no han denunciado por miedo. Ver Anexo 1

El índice de desempleo es de 9.2%; el 56% de la población económicamente activa no tiene empleo. La densidad de población es alta de 4171xkm² lo que evidencia el hacinamiento de las familias; esto lo podemos relacionar con el nivel de violencia del municipio de San Marcos. Se visualizan las diferentes manifestaciones de violencia en todos los contextos familiares, individuales, sociales y municipales; refleja el grado de riesgo de los niños, niñas y adolescentes a que están expuestos ya que donde deberían estar más seguros para socializarse y formarse es donde son víctimas.

El 100% de pacientes con diagnóstico de maltrato son originarios del municipio de San Marcos. Además el 100% de los casos pertenecen a la zona urbana y las colonias con mayor frecuencia de casos son la colonia 10 de Octubre con 12.5%, colonia los Alpes con 10%, comunidad San Francisco con 10%, colonia Marabú 7.5%, y colonia Encarnación con 7.5%. Las colonias con menos número de casos son colonia Jardines de San Marcos y colonia Bella Vista con 2.5%; el resto de casos están distribuidos en las colonias que pertenecen al Municipio .Ver anexo 2

La edad más frecuente es de 4 años un 17.5%(7) de 10 años 15%,(6) y a los 7 y 8 años es el 10%(4y4) cada uno; las edades menos frecuentes es en los mayores 15 de años con 2.5%(1). El 57.5% de los casos se presenta en menores de 9 años.

Se encontró que el 65% (26) de los casos son del sexo femenino, el 35%(14) de los casos es del sexo masculino. La edad máxima es de 12 a 15 años y la mínima de 4

años. El mayor número de casos del sexo femenino y su estado civil el 92.5% (37) son solteros por ser en su totalidad menores de edad. El grado de escolaridad influye en la vulnerabilidad del maltrato el mayor número de casos se presentan en primaria 47.5% (19) también relacionado con el desarrollo físico de los niñas y niños; en segundo lugar el 35.0% (14) sin escolaridad y en tercer lugar el 12.5% (5) con estudios de secundaria donde hay menos casos ya que su desarrollo físico y mental les permite ser menos vulnerables.

En la organización familiar de la víctima, el mayor número de casos están en hogares reconstituidos en un 30%(12), el 22.5%(9) pertenecen a equivalentes familiares, el 17.5% (7) en hogares polinucleares; es importante señalar que solamente el 15%(6) de los hogares es nuclear, ósea que poseen hogares formados por madre, padre e hijos lo que influye como factor de protección en el menor como los valores morales, beneficios sociales y económicos; también se observa que el 85% de los hogares son organizaciones disfuncionales por tanto los principios y roles no son los adecuados para un niño en desarrollo.

El 53.8% (21) de los niños, niñas y adolescentes con maltrato tenían como tutor de familia a la madre, el padre está representado solamente en un 23.1%(9), el 12.8%(5) es otro familiar, y otro tipo de figuras representan un 10.3%(4).

El 30%(6) de los hogares de los niños, niñas y adolescentes estudiados tienen más de cuatro personas que conviven en el hogar, el 22.5% (9) de los hogares tienen 6 personas y el 17.5%(7) 8 personas .El 5%(2) de los hogares tienen 12 personas lo cual representa un alto grado de hacinamiento; el número de habitaciones en promedio es de 2 con un 52%(21), en segundo lugar con 3 habitaciones es el 25.0%(10); lo cual es otro factor social que influye en el hacinamiento. Solamente el 22.5% poseen más de 3 habitaciones en la vivienda con mejores condiciones para la convivencia diaria; el 60%(24) de los hogares de las víctimas tienen un ingreso promedio de menos un salario mínimo (\$173.78), seguido del 30%(12) con un ingreso de un salario mínimo y el 10.0% con un ingreso de más de un salario mínimo.

El número de denuncias por agresión familiar en el hogar de la víctima encontrándose que el 62.5%(25) de los casos tienen por lo menos una denuncia registrada en el sistema judicial);en segundo lugar está el 25%(10) con dos denuncias y solamente el 2.25%(1) no tiene antecedente de denuncia, por lo que se considera como una característica del grado de violencia o maltrato que sufre el núcleo familiar y a lo que está expuesto el menor y toda la familia(violencia intrafamiliar); esa es una de las razones por la que este municipio es uno de los 40 más violentos de El Salvador (homicidios, suicidios, muertes violentas, agresiones con arma blanca , amenazas y extorciones)

El 25.6% (10) el agresor es el padre, el 23.1% (9) es la madre, el 20.5% (8) es otro familiar; solamente el 2.6% (1) no tenía ninguna relación con la víctima; es decir en el 97.4% de los casos el agresor pertenece al núcleo familiar en donde el niño debería estar socialmente y psicológicamente mas seguro.

El mayor número de casos se presentó en la edad de 28 años con un 12.8% (5); pero se ven casos en las edades extremas 70 años 2.6%(1) y 17 años 2.6%(1).

El 100.0%(40) de los agresores sufrieron en algún momento de su vida abuso , por esa razón al ser un día victimas con el tiempo se convierten en victimarios, ya que nunca recibieron ningún tipo de atención psicológica para superar su problema por lo contrario lo ocultaron. El 77.5%(31) sufrió agresión física y solamente el 62.5%(25) los agresores sufrieron agresión psicológica; el 7.5%(3) de los casos han sufrido agresión sexual y el 65% (26) sufrió abandono de parte de su familia sanguínea, por tanto estuvo desprovisto de educación, alimentación, techo y afecto durante su desarrollo siendo un factor determinante en su conducta en la adultez.

La escolaridad del agresor mayor fue de ningún nivel de escolaridad en un 30% (12) en segundo lugar el nivel de educación primario en un 25% (9), en tercer lugar con 22.5% (9) secundaria y solamente el 2.5% (1) con nivel superior técnica. El 85%(34) tienen un ingreso mensual menor de un salario mínimo (\$173.78) en segundo lugar el 10%(4) un salario mínimo y solamente el 5%(2) más de un salario mínimo. Lo cual es un factor de pobreza en el hogar del agresor. El 30.8%(12) de los agresores son

solteros, en segundo lugar el 25.6%(10) con separados, en tercer lugar 20.5%(8) son acompañados; Pero el 17,9%(7) si son casados y pertenecen a hogares nucleares.

El 53.8%(21) de los agresores usan algún tipo de drogas pero no se definió el tipo.

Ver anexo 3

Del total de maltratos en la víctima el 74.3%(29) han denunciado maltrato físico, en segundo lugar el 12.8%(5) violencia psicológica, el 12.8%(5) violencia sexual y un caso que no dio mayor información.

De los tipos de maltrato reportados en el agresor el físico se presentó en el 77.5%(31), psicológico 62.5%(25), abandono 35%(14) y el 7.5% (3) fue sexual.

Las denuncia de maltrato de las familias fueron la física 57.5%(23), la sexual 23%(9), psicologica17.9%(7) y que no presentaron ninguna denuncia fueron el 0.4%(1) Ver anexo 4

IX. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio de este tipo que ha se realizado sobre esta temática en este grupo de población por lo que es de suma importancia para la comunidad y las autoridades locales. La fuente de información fue la hoja de vaciamiento de datos de los expedientes clínicos y psicológicos de la unidad de salud de San Marcos; sé realizo una prueba con los instrumentos en la unidad de salud de San Jacinto sin ningún problema técnico; la factibilidad y viabilidad del estudio se hizo sin dificultades ya que el personal de salud involucrado, las autoridades y el público estaban de acuerdo. Es importante de hacer notar que hay muchos casos que no se estudiaron porque las familias no tienen la cultura de la denuncia además que el personal de salud tiene miedo a represalias. También existen otras instituciones que reciben denuncias como el ISNA, la PNC, los juzgados de familia, las direcciones de las escuelas, ONG privadas y nacionales que no tienen aún unificada la información y no se sociabiliza en la comunidad ni con las autoridades por lo que es un tabú socio-cultural significando un sesgo de la información. Lo que no nos permite ver la dimensión real del problema; es importante señalar que la mayoría de la población que sufre esta situación del maltrato pertenece a las zonas marginales en donde no pueden introducirse las autoridades de salud ni de seguridad social por la delincuencia que se vive en este momento.

El estudio que se realizo fue descriptivo, transversal, la muestra fue de cuarenta casos de niños, niñas y adolescentes que consultaron entre Enero a Diciembre del año 2009 y que cumplieron una serie de criterios antes descritos; las variables que se utilizaron fueron edad, sexo, origen, ingresos, tipo de familia, antecedente de agresiones y formación educativa.

Entre los hallazgos más importantes sobre la presencia de violencia y maltrato en el municipio fue que al describir la población por kilómetro cuadrado se nota una densidad poblacional aumentada 4171/km² y la población total es de 61.373 habitantes en 14.7km² lo cual predispone al hacinamiento familiar, la mayoría de

familias comparten la habitación en promedio 4.8% por vivienda ocupada, donde habitan más de 4 personas por vivienda, según el censo nacional 2008; esta población tiene características de extrema pobreza y de marginalidad en especial la comunidad 10 de Octubre y la comunidad San Francisco donde se encontraron la mayoría de casos; la tasa de analfabetismo es alta, la población en un 56% no posee empleo y el resto de población tienen empleos informales o estacionales lo que representa otro factor de riesgo social ; la tasa de homicidios es de 4.89×10000 , el 15% de las muertes es causado por algún tipo de violencia; la mayoría de las familias ha hecho denuncias sobre violencia intrafamiliar; el ingreso familiar mensual en un 55% es menos de un salario mínimo. Cumpliéndose la teoría de maltrato del origen sistémico-ecológico por la combinación de factores que aquí confluyen.

También la teoría socio- interaccionar del maltrato se relaciona con los factores de riesgo descritos que se cumplen en esta comunidad, a nivel endosistema, macro sistema, ontogénico y microsistema (teoría de Belkis). Así por ejemplo los ingresos son un factor determinante en el estilo de vida y condiciones de vida de estas familias; con un ingreso mensual menor de un salario mínimo más el hacinamiento, el tipo de empleo, el tipo de organización familiar y los niveles bajos de educación son condicionantes tanto para la víctima, la familia y el agresor que predispone a la conducta violenta.

Los niños, niñas y adolescentes diagnosticadas con maltrato la mayoría son del sexo femenino, entre las edades del 4 a 9 años; el mayor número de casos fueron de abuso físico, psicológico, sexual , abandono o combinado; su familia en la mayoría fue reconstituida y en segundo lugar equivalente familiar, solamente 6 casos fueron familias nucleares. El nivel escolar de las víctimas es de primaria básica y ningún grado escolar. Las madres en un mayor porcentaje son las representantes de los hogares y hay una ausencia de la representación masculina tanto en lo físico como en lo económico. Los hogares tienden a estar en abandono y los niños con suerte tienen un familiar que los cuide durante el día lo que los pone en situación de abandono y riesgo; ya sea porque el familiar no cumple las condiciones de tutor o

porque él es una persona con problemas; ya sea por tener de edad avanzada, alguna enfermedad, alcoholismo, uso de drogas o menor de edad y por lo que no alcanza a proteger al infante. Según los resultados el agresor es parte de la familia o conocido del núcleo familiar y abusa de la vulnerabilidad del niño; el padre es el agresor en un 25% y él fue víctima también de maltrato presentando en primer lugar del tipo físico, luego psicológico y por último el sexual cumpliendo la teoría ecológica-aprendizaje social del maltrato, que refiere que la conducta es aprendida en su núcleo familiar desde la infancia; además al igual que la víctima presento las diferentes formas de maltrato. La mayoría de familias han realizado denuncias por algún tipo de maltrato familiar y el más frecuente fue el físico, en segundo lugar la psicológica y por último el abandono.

Según los resultados encontrados las medidas a tomar de las autoridades locales son de mejorar las condiciones de vulnerabilidad de esta comunidad como los ingresos económicos bajos, bajo nivel de educación, disfunción familiar hacinamiento , violencia intrafamiliar y discriminación de género; realizando programas de educación contra la violencia y la tolerancia , educación básica , artesanal y técnica, formación en valores , para los grupos en riesgo facilitándoles trabajo digno para mejorar sus condiciones de vida y estilos de vida de las familias de esta comunidad; con ayuda del gobierno local , líderes de las comunidades y organizaciones que participan en esta problemática .

X. CONCLUSIONES

1. En el municipio de San Marcos se encontraron indicadores de violencia altos entre ellos el número de denuncias por agresión familiar, la mortalidad del municipio por arma de fuego alta, tasa de homicidio alta, nivel educativo bajo, ingreso económico mensual menos de un salario mínimo, hacinamiento; Todos estos factores influyen a nivel microsistema y macro sistema para que se presente el maltrato y la violencia intrafamiliar.
2. Los niños y niñas estudiados la mayoría son del sexo femenino, la edad más frecuente reportada es de 4 a 7 años y el menor número de casos se presentó en niños y niñas mayores de 15 años esto está relacionado con el grado de desarrollo de las víctimas y sus diferentes mecanismos de defensa; el nivel de escolaridad en la mayoría de los casos fue educación primaria o ninguna; el área de origen fue en su mayoría la zona urbana.
3. El agresor en la mayoría de los casos pertenece a la familia, es el padre o un familiar cercano, con ingresos menores de un salario mínimo, soltero o separado en pocos casos el agresor es casado (7 casos); el nivel de escolaridad en su mayoría es ninguno o primario básico, el mayor porcentaje usa drogas aunque no se define el tipo ni la frecuencia; además ha sido víctima de violencia en primer lugar física, en segundo lugar psicológica, en tercer lugar el abandono y en último lugar la sexual .La edad del agresor más frecuente es menor de 28 años aunque se presentaron casos en los extremos de la vida; en un 100% de los casos el agresor ha sido víctima.
4. La agresión más frecuente en la víctima es la física, en segundo lugar la psicológica y por último la sexual, pero también se presentaron la combinación de los maltratos.

El agresor presento antecedente de maltrato en todos los casos en primer lugar de tipo físico, en segundo lugar psicológico y por último la sexual. Lo que confirma las teorías del origen del maltrato psicológica-social-ecológica.

XI. RECOMENDACIONES

1. Las autoridades municipales en asociación con las comunidades, organizaciones no gubernamentales deben de realizar programas de prevención de la violencia en las zonas más vulnerables encontradas en el estudio la comunidad 10 de Octubre y la comunidad San Francisco; aunque según las características de la comunidad todo el municipio está en riesgo.
2. Las autoridades locales y la intersectorial en asociación con el gobierno central deben evaluar el micro entorno, macró entorno y sectores específicos para la aplicación de proyectos sobre la educación básica, en valores, técnicos y artesanales para las mujeres y los grupos vulnerables y de esta manera mejorar sus ingresos económicos y calidad de vida.
3. Las instituciones de salud, educación y justicia tienen que promover y realizar un estudio del maltrato y sus factores asociados para determinar las estrategias a seguir.
4. La intersectorial debe realizar un proyecto de sensibilización en contra el maltrato y la conducta violenta dirigido a la familia, escuelas y centros de salud, realizado por personal capacitado en esta área que pertenezcan a instituciones públicas y privadas.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Mexicana de Pediatría y Psiquiatría. Maltrato físico y abuso sexual Ms Gran Hill 1997;40.10/10/2010
2. Jornada de Posas, Derecho infantil y familiar español.1998;220.20/10/2010
3. Santana Tavira R, Sánchez Ahedo R, Herrera Basto E. El Maltrato Infantil: Un problema Mundial. Salud Pública 1998; 58-65.25/5/2010
4. Stell J.L,Child abuse and Neglet 2005 ;29- 1141.10/102010
5. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Guía de atención clínica de mujeres y personas menores de edad víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, para hospitales y clínica 2007;12.5/1/2011
6. Encuesta nacional de Salud Familiar; FESAL 2008; 21.2/2/20011
7. Writenet C.Patrones de violaciones de los derechos Humanos 2008;102.10/10/2010
8. Open Society Institute y Catolic Relief Services, Centro de Monitoreo y Evaluación de la Violencia desde la perspectiva ciudadana, “Estudio de los factores de riesgo y de las capacidades locales para prevenir la violencia en el municipio de San Marcos” 2008; 50 .15/10/2010
9. Dirección de Unidad de salud de San Marcos de San Salvador. Diagnóstico de Salud de Unidad de Salud de San Marcos 2009;20-21.13/11/2010.
10. Resumen ejecutivo de los principales aspectos de preocupación relativos a la aplicación de la convención sobre los derechos del niño en El Salvador 2009; 49 - 50.20/8/2010
11. 14. INDESOL, Listado de indicadores de Violencia Social y de Género 2008;1.2/1/2011.
12. Libro de Mortalidad de Alcaldía Municipal de San Marcos 2004-2009.2/2/2010
13. Reporte de Mortalidad de Municipio de San Marcos. Instituto de Medicina Legal.2009.1/1/2011.
14. [<Diccionario de la lengua española-Vigésima Segunda edición .mht>](#)1/1/2011
- 15.< http://www.pnc/isdemu.com/file_32,pdf-adobe> PNC-ISNA, Indicadores de Maltrato Infantil1/1/2011

16.<http://www.OCAVI-Observatorio_centroamericano_sobre_violencia.mht>Página principal del Observatorio Centroamericano sobre la Violencia2/1/20011.

17.<<http://www.censos.gob.sv/útil/datos/proyecciones.pdf>>.Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos20/9/2010.

XIII. ANEXOS

ANEXOS N°1 de Objetivo Número 1

Tabla N°1 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Causas de morbilidad del municipio de San Marcos 2008.

Diagnostico	Tasa De Incidencia 10000 habitantes	Casos
Iras	4,213	25,835
Diarrea	315.5	1935
Candidiasis	183.6	1126
Parasitismo	164.2	1007
Conjuntivitis Bacteriana	116.4	714
Vaginitis	107.4	659
Neumonía	95.2	584
Mordedura por animal	55.7	342
Varicela	23.1	142
HTA	21.4	131
Total		32,475

Fuente: Dirección general de estadística y censos datos (DIGESTIC) 2008 y datos de diagnóstico de Salud de unidad de salud de San Marcos, 2008.

Tabla N°2 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Causas de mortalidad del municipio de San Marcos 2008

CAUSAS	Tasa de mortalidad POR 10,000 HAB	TOTAL
Arma De Fuego	2.7	17
Neumonía	1.9	12
Diabetes Mellitus	1.5	9
Carcinomas	1.3	8
Falla Multi sistémica	1.1	7
Sida	0.9	6
Infarto Agudo Miocardio	0.9	6
Cardiopatía Isquémica	0.8	5
Insuficiencia Renal Crónica	0.8	5
Trauma Craneoencefálico	0.8	5

Fuente: Dirección general de estadística y censos datos (DIGESTIC) 2008 y datos de diagnóstico de Salud de unidad de salud de San Marcos, 2008

Tabla N°3 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Numero de denuncias de maltrato infantil registrados por año. El Salvador.

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
141	2488	1953	3285	2432	2931	3984	3550

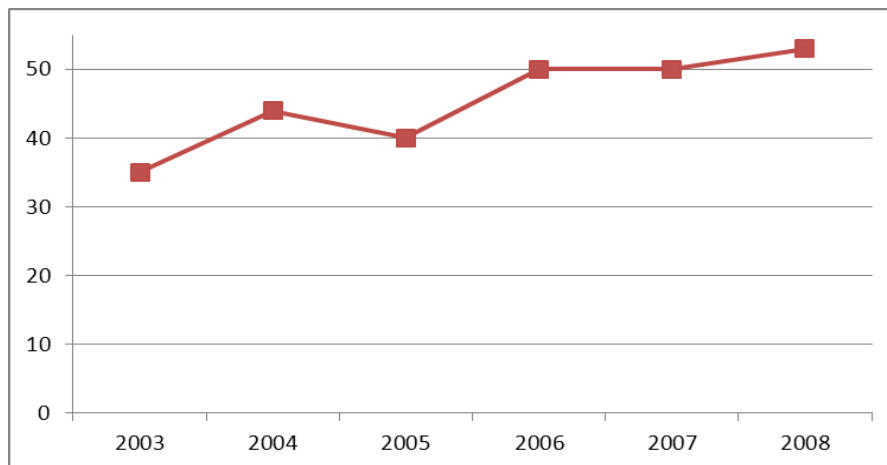
Fuente: Observatorio Centroamericano de Violencia (OCAVI) 2008

Tabla N°4 Caracterización maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Reporte maltrato unidad de salud de San Marcos por años.

Año	Urbana	Rural
2003	42	2
2004	34	5
2005	36	6
2006	38	3
2007	46	2
2008	42	3
total	238	21

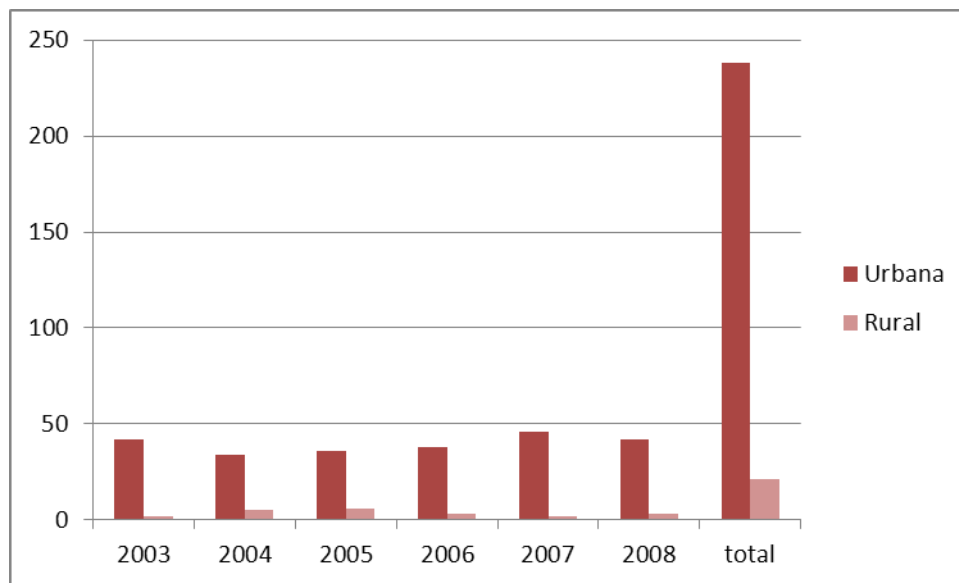
Fuente: libro de Violencia de Unidad de Salud de San Marcos 2003 a 2008

Grafico N°1 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Número de casos de maltrato Infantil por año de frecuencia de edades por año.



Fuente: libro de Violencia de Unidad de Salud de San Marcos 2003 a 2008

Grafico N°2 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. N° de casos de maltrato infantil por área geográfica municipio de San Marcos



Fuente: Libro de violencia unidad de salud de San Marcos 2008

Tabla N° 5 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Datos de población de San Marcos

Población total : 61313	MEF 17821
Parto esperados 1144	Esperanza de vida Hombres 65 años Mujeres 75 años
Población menor de 5 años : 5358	Población menor de 1 año 990
Embarazos esperados 1242	Natalidad por 1000 18.4
Tasa de aborto 8.6	Densidad de Población 4171
Población MEF 17821	Masculino 4660 Femenino 538

Fuente: Dirección general de estadística y censos datos (DIGESTIC) 2008 y datos de diagnóstico de Salud de unidad de salud de San Marcos, 2008

Tabla N° 6 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Distribución de grupos por edades de la población de San Marcos

Población	
Menor 1 año	990
1-4 años	4,368
5-14 años	13,004
15 y mas	42,951
Total	61,313

Fuente: Datos de diagnóstico de salud de unidad de salud de San Marcos 2009

Tabla N°7 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009.7 Datos demográficos del municipio de San Marcos 2009

Tasa de Natalidad 1.69 x mil	Tasa mortalidad materna cero
Tasa global de fecundidad 5.75 x 1000	Mujer edad fértil 10 a 14 años 3436
15 a 19 años 3312	Vivienda ocupadas por persona 4.8%
20 a 49 años 18391	Marginalidad baja

Fuente: Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2009

Anexo de Objetivo Número 2

Tabla N°8 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009 Municipio de procedencia de los pacientes con diagnóstico de maltrato.

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
San marcos	40	100.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N° 9 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Frecuencia y porcentaje por edades.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
4-6	12	30%
7-9	11	27.5%
10-12	11	27.5.%
13-15	5	12.5%
15□	1	2.5%
Total	40	100 %

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°10 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Distribución por sexo y estado civil frecuencias y porcentajes.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	14	35.0%	soltero	37	92.5%
Femenino	26	65.0%	soltero	3	7.5%
Total	40	100.0%	Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°11 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Frecuencia y porcentaje de la escolaridad de la víctima.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	19	47.5%
Ninguna	14	35.0%
Secundaria	5	12.5%
Terciaria	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº12 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Frecuencia y porcentaje del tipo de organización familiar.

Organización	Frecuencia	Porcentaje
Reconstituida	12	30.0%
Equivalente familiar	9	22.5%
Polinuclear	7	17.5%
Ampliado	6	15.0%
Nuclear	6	15.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº13 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Frecuencia y porcentaje del parentesco del tutor de familia de la víctima con maltrato.

Tutor de familia	Frecuencia	Porcentaje
Madre	21	53.8%
Padre	9	23.1%
Familiar	5	12.8%
Otro	4	10.3%
No información	1	0.4%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°14 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Frecuencia y porcentaje del número de personas que viven en el hogar de la víctima

Número de personas que viven en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
4	12	30.0%
6	9	22.5%
8	7	17.5%
3	6	15.0%
10	4	10.0%
12	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°15 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre 2009. Frecuencia y porcentaje del número de habitaciones en el hogar de la víctima.

Número de habitaciones en el hogar	Frecuencia	Porcentaje
2	21	52.5%
1	10	25.0%
3	9	22.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº16 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje del ingreso mensual del hogar de la víctima.

Ingreso Mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un salarió mínimo □urbano-textil \$173.78	24	60.0%
Un salario mínimo urbano-textil \$173.78	12	30.0%
Más de un salario mínimo □urbano-textil \$173.78	4	10.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº17 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje del número de denuncias por agresión familiar en el hogar de la víctima.

Número de denuncias por agresión familiar	Frecuencia	Porcentaje
1	25	62.5%
3	3	7.75%
4	1	2.25%
0	1	2.25%
2	10	25%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº18 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje de la relación con el agresor con la víctima.

Relación con el agresor	Frecuencia	Porcentaje
Padre	10	25.6%
Madre	9	23.1%
Familiar	8	20.5%
Hermano	6	15.4%
Otro	5	12.8%
Ninguna	1	2.6%
No datos	1	2.6%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº19 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje si la familia ha sido víctima de algún tipo de maltrato la familia de la víctima.

Ha sido víctima de algún tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	97.5%
No	1	2.5%
Total	40	100.0%

Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Anexo del objetivo Número 3

Tabla Nº20 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje por edad del agresor.

Edad:	Frecuencia	Porcentaje
17-26	12	30 %
27-36	13	32.5%
37-46	8	20%
47-56	4	10%
57-66	2	5%
67-76	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla Nº21 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje si agresor sufrió abuso.

Ha sido víctima de abuso	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	100.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la Unidad de Salud de San Marcos 2009.

Tabla N°22 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009.Frecuencia y porcentaje del nivel de escolaridad del agresor.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	12	30.0%
Primaria	10	25.0%
Secundaria	9	22.5%
Terciaria	8	20.0%
Superior técnica	1	2.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°23 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009.Frecuencia y porcentaje de el ingreso mensual del agresor.

Ingreso mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un salarió mínimo □urbano-textil \$173.78	34	85.0%
Un salario mínimo urbano-textil \$173.78	4	10.0%
Más de un salario mínimo □urbano-textil \$173.78	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°24 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009.Frecuencia y porcentaje del estado civil del agresor.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	12	30.8%
Separado	10	25.6%
Acompañado	8	20.5%
Casado	7	17.9%
Viudo	2	5.1%
Ninguno	1	0.4%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

Tabla N°25 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009.Frecuencia y porcentaje en uso de drogas del agresor.

Uso de drogas	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	53.8%
No	18	46.2%
Total	39	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

ANEXO del Objetivo Número 4

Tabla N°26 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje del tipo de maltrato víctima.

Tipo de maltrato denunciada	Frecuencia	Porcentaje
Física	29	74.3%
Psicológica	5	12.8%
Sexual	5	12.8%
No denuncia	1	0.4%
Total	40	100%

Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009

Tabla N°27 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje de los tipos de maltrato en el agresor.

Tipo abuso presente	Frecuencia	Porcentaje
Física	31	77.5%
Psicológico	25	62.5%
Abandono	14	35%
Sexual	3	7.5%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

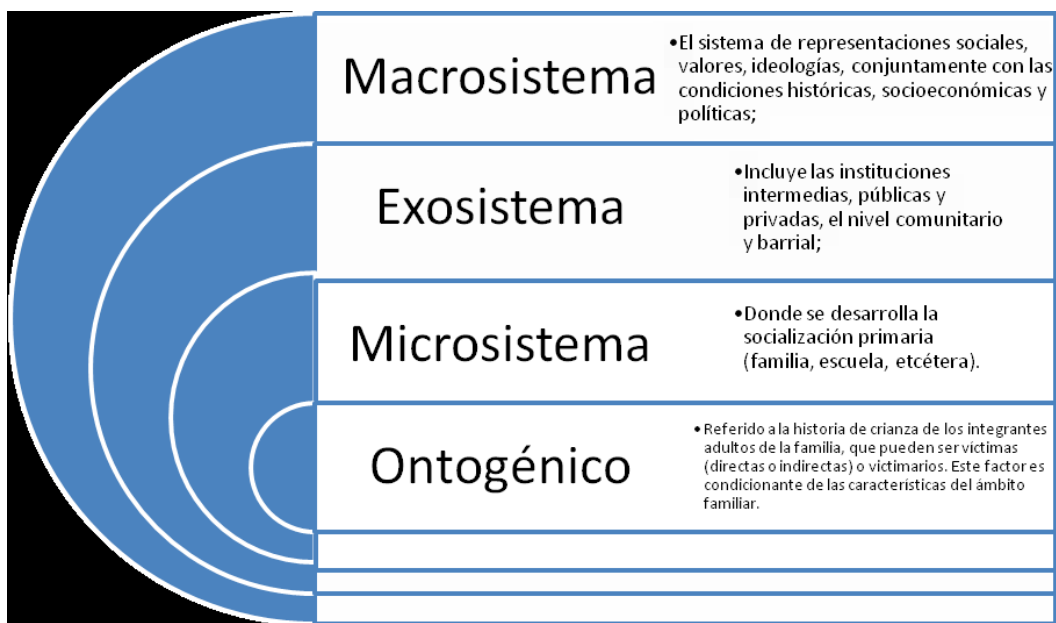
Tabla N°28 Caracterización del maltrato en niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años atendidos en la unidad de salud de San Marcos San Salvador, Enero a Diciembre año 2009. Frecuencia y porcentaje del tipo de maltrato reportado en la familia en las víctimas.

Tipo de agresión:	Frecuencia	Porcentaje
Física	23	57.5%
Sexual	9	23%
Psicológica	7	17.9%
No información	1	0.4%
Total	40	100.0%

Fuente: Instrumento para recolección de datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de maltrato de la unidad de salud de San Marcos 2009.

ANEXO N°5

ESQUEMA DE LA TEORIA DEL MALTRATO DE BELSKY 2005



Fuente: Creación propia a partir de las aportaciones de Belsky (1980, citado por Teubal, 2005)

Tabla N°29

Teoría de sistemas-modelo sociointeraccional de riesgo del maltrato infantil

MODELO SOCIOINTERACCIONAL (Belsky 1980)				
Desarrollo Ontogenético (INDIVIDUO)	Microsistema (FAMILIA)	Exosistema (SOCIEDAD)	Macrosistema (CULTURA)	
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de malos tratos • Historia de desatención severa • Rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia • Ausencia de experiencia en el cuidado del niño • Ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades • Historia de desarmonía y ruptura familiar 	PADRE/MADRE Problemas psicopatológicos, depresión , alcoholismo , drogodependencias. Falta de capacidad empática Poca tolerancia al estrés Estrategias de coping inadecuadas	TRABAJO Desempleo - falta de dinero - destronamiento - autoestima - estrés marital Insatisfacción laboral Tensión en el trabajo	1. Crisis económica o energética 2. Alta movilidad social 3. Actitud hacia la violencia 4. Actitud hacia el castigo físico en la educación 5. Actitud hacia la infancia 6. Actitud hacia la familia, la mujer , la paternidad, maternidad	
	NIÑO <ul style="list-style-type: none"> • Prematuro • Bajo peso al nacer • Poco responsivo, apático • Temperamento difícil • Hiperactivo 			VECINDAD 1. Aislamiento 2. Falta de soporte social
	INTERACCIÓN MADRE-PADRE-NIÑO <ul style="list-style-type: none"> • Desadaptada • Ciclo ascendente de conflicto y agresión 			
	CONFLICTO MARITAL <input type="checkbox"/> Desajuste en la relación <input type="checkbox"/> Estrés permanente <input type="checkbox"/> Violencia y agresión			
	Nº de miembros en la familia			
	Hijos no deseados			

Fuente: Creación propia a partir de las aportaciones de Belsky (1980, citado por Teubal, 2005)

ANEXO N°6

LEGISLACIÓN NACIONAL

El marco legal en El Salvador cuenta con una normativa que regula, define y establece las sanciones relacionadas con la violencia sexual y física.

El Código Penal define en el artículo 160 y 161 Violación de un menor o incapaz

“El que tuviera acceso carnal por vía vaginal o anal con otra persona será sancionado con cuatro a diez años de cárcel”.

Artículo 161” La agresión sexual con o sin violencia que no consistiera en acceso carnal, en menor de 12 años o en otra persona, aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado de seis a ocho años de cárcel”.

CON RELACION A LA VIOLENCIA FISICA

Artículo 142,143 y 144 “ El que por cualquier medio, incluso por contagio, ocasionará a otro un menoscabo de su integridad física o psíquica que hubiere producido incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias o enfermedad por un periodo de diez a veinte días, habiendo sido necesaria asistencia médica o quirúrgica será sancionado con prisión de de uno a tres años.

En el año de 1999 se realizó una investigación auspiciada por el alto comisionado para los derechos humanos de las Naciones Unidas. Que dio origen al anteproyecto de ley contra la explotación sexual de la niñez y de la adolescencia y al anteproyecto de reformas complementarias a la ley contra la explotación sexual comercial de la niñez y de la adolescencia que reforma los artículos de 20 leyes vigentes.

La Comisión de la Familia, Mujer y la Niñez con apoyo de la Unidad de Análisis de la Asamblea Legislativa está actualizando desde marzo del 2005 los dos anteproyectos tomando en cuenta estudios realizados en el 2000 y 2001 por diferentes instituciones con el propósito de aprobar una ley que aborde múltiples facetas mediante las siguientes acciones.

- Reformas a la ley contra la violencia intra familiar. El código de familia regula el sistema de atención integral de la familia como parte de esta a la niñez.
- Trabajo conjunto con la Secretaria Nacional de la Familia (2009)
- Creación de la ley LEPINA como ente rector a el ISNA (2011)

ANEXO N°7

PLAN DE MALTRATO INFANTIL INSTITUCIONAL

Ministerio de Justicia, Policía Nacional Civil, Ministerio de Educación, ONG, Gobierno Municipal, Ministerio de Salud Ley LEPINA.

Elaborado en el año 2001 al 2010 en acción en el ámbito de los derechos humanos de los niños y su protección que se refiere a la trata, educación y trabajo infantil, este plan aún no ha sido evaluado, por lo que es necesario se tomen en cuenta las convenciones y los nuevos protocolos en el nuevo marco de protección integral del niño y el adolescente establecido en la nueva ley LEPINA. Además de la aplicación del plan hay que supervisarlos, ejecutarlos y evaluarlos.

Componentes básicos:

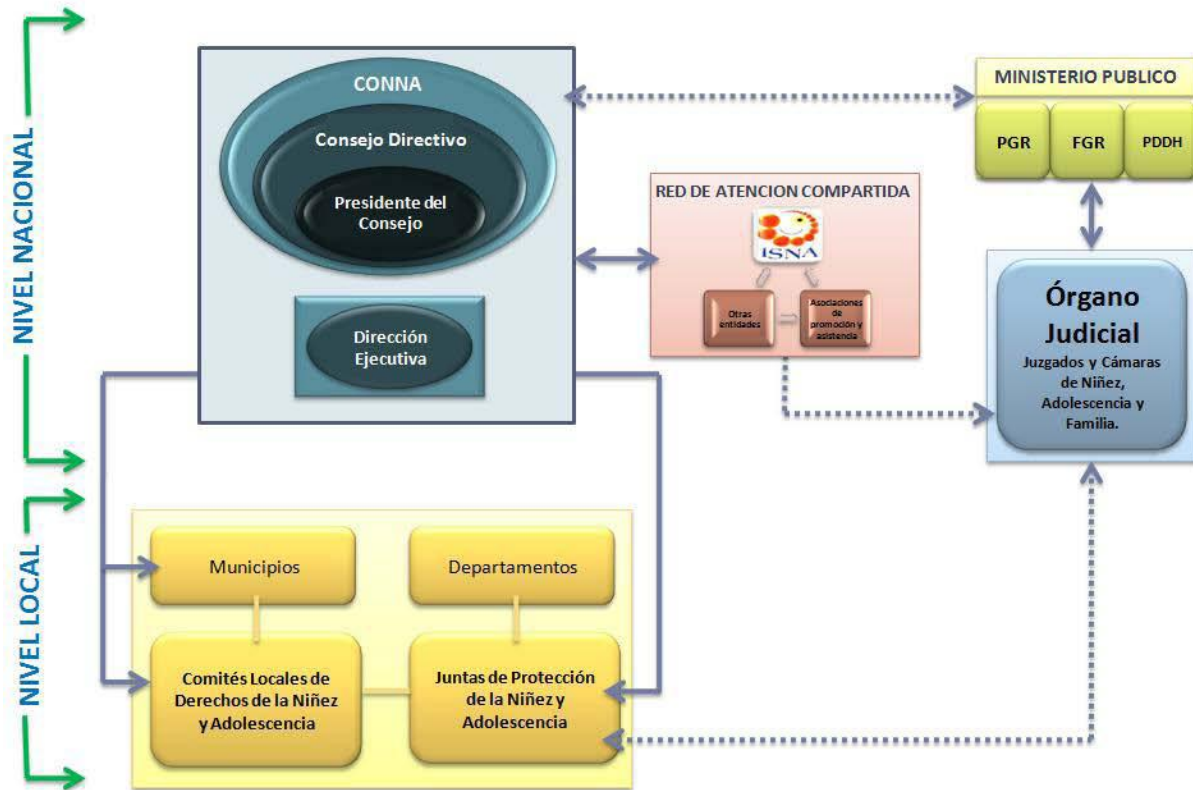
Un catálogo de derechos y garantías a favor de niño, niñas y adolescente ordenados en cuatro grupos o familias. Un sistema institucional que distribuye las funciones de rectoría, control y ejecución entre diferentes instituciones, asegurando una distribución equilibrada del poder público.

Procesos administrativos y judiciales sencillos y ágiles, los cuales permitirán que la participación de los interesados sea suficientemente.

Art. 103 LEPINA.

Es el conjunto de coordinadores, entidades e instituciones, públicas y privadas, cuyas políticas, planes y programas tienen como objetivo primordial garantizar los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el El Salvador.

SISTEMA NACIONAL DE PROTECCION SEGÚN LEY LEPINA DIRIGIDO POR EL ISNA.



ANEXO N°8

TABLAS DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Familia

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Clase social	Ubicación jerárquica social	Ingreso familiar mensual	Numero de salarios mínimos en dólares	a. Dos salarios mininos b. Un salarios mínimos urbano-textil \$173.78 c. Ninguno	Cantidad
Tipo de Familia	Organización según ontogénesis	Proceso de desarrollo del individuo en el grupo familiar	Forma de organización de la familia	a. Nuclear b. Mono parenteral c. Reconstituida d. Equivalente familiar e. Polinuclear	Tipo de Organización
Responsable	Cargo impuesto a favor del menor para la protección y cuidado	Persona que la lleva a consulta y se identifica en el cuadro clínico	Relación del responsable con el menor.	Tutor Padre Madre Otro familiar Otros	Persona
Procedencia	Área de residencia	Según dirección del cuadro clínico	Ubicación geográfica de la familia	a. Rural b. Urbana	Área geográfica
Hacinamiento	Mayor de 4 personas en una vivienda, menor de tres habitaciones.	Número de personas habitan la vivienda y número de habitaciones	Menor de tres hab y 4 personas Mayor de tres hab y 4 personas	No Si	Personas y habitaciones
Denuncias por maltrato familiar	Proceso judicial ante las autoridades locales por alguna lesión causada con intención.	Procesos judiciales ante la fiscalía por lesiones por maltrato familiar.	Número de denuncias por maltrato familiar	No Si	Numero
Maltrato familiar	Lesiones causadas con intención de daño a un familiar		a. Físico b. Psicológico c. sexual	Si No	Tipo de maltrato familiar

Agresor

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Forma de ganarse la vida	Fuente de ingreso económico	Datos personales en el Cuadro clínico	Salario	a. Dos salarios mininos b. Un salarios mínimos urbano-textil \$173.78 c. Ninguno	Cantidad
Estado civil	Condición legal civil al momento de el hecho	Estado civil según hoja de datos de identificación.	a) Conviven con una persona b) Convivencia legal c) c. No convive con ninguna persona.	A Acompañado b. Casado c. Soltero d. viudo e. separado	Persona
Antecedente de maltrato	Historia familiar de maltrato infantil, acción u omisión no accidental		a) Físico ,quemaduras, golpes b) Psicológico, c) Sexual, penetración ,violación ,oral, anal d) Abandono, negligencia, desamparo.	Si No	Tipo de maltrato
Educación	Grado de escolaridad del expediente	Años aprobados en educación formal	a) Cero grados b) Primaria c) Secundaria d) Media e) Superior	a. Ninguno b.1ªa 6º grado c.7ªa 9º grado d.1º a 3ºbachillerato e. Superior técnico f. Superior universitario	Años de estudio
Toxicomanía/ alcoholismo	Dependencia de sustancia adictiva	Datos personales de la hoja de identificación.	a) Dependiente b) No dependiente	Si no	Persona

Victima

VARIABLE	DEFUNCIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del maltrato	Anotar edad que está en el expediente clínico	Años cumplidos	a)4 a 6 b)7a 9 c)10 a 12 d)13 a 15 e)□15	Años
Genero	Sexualidad que manifiesta pertenecer	Anotar el género que esta en expediente clínico	a)Femenino b)Masculino	-----	-----
Escolaridad	Años aprobados en educación formal	Anotar el grado de escolaridad que está en expediente clínico	a) Cero grados c) Primaria d) Secundaria e) Terciaria f) Superior	a. Ninguno b.1ºa6º grado c.7 º a 9ª d. Bachiller e. Superior técnica f. Superior Universitaria	Años de estudio
Maltrato	Acción u omisión no accidental	Anotar el tipo de maltrato que está en expediente clínico	a) Físico, b) quemaduras, golpes c) Psicológico, d) Sexual ,penetración ,violación ,oral, anal e) d. Abandono ,negligencia ,desamparo	Si No	Tipo de maltrato
Procedencia	Área de residencia	Anotar la procedencia que está en expediente clínico	a) Urbano b) Rural	a. Rural b. Urbana	Área geográfica.
Parentesco	Relación sanguínea o afectiva	Anotar tipo de relación	a)ninguna b)familiar ,padre, madre u otros		

ANEXO 9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA EL SALVADOR.

INSTRUMENTO PARA VACIAMIENTO DE DATOS DE EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL.

Unidad de Salud de San Marcos 2009.

No. Ficha. _____ Fecha de llenado: _____ Exp. _____
Domicilio _____ Municipio _____
Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Estado civil _____
Fecha de agresión _____

I. Características de la Familia

1. Organización _ampliado _equivalente familiar _ nuclear_ reconstituida_
Polinuclear_
2. Tutor de familia: padre_ madre_ familiar_ Otro_
3. Área geográfica: urbana_ rural_
4. Número de personas que viven en el hogar ___
5. Número de habitaciones en el hogar___
6. Ingreso mensual familiar; Mas de un salario mínimo___ un salario mínimo___
Menos de un salario mínimo___
7. Número de denuncias por agresión familiar___
8. Tipo de agresión: física___ psicológica __sexual___

II. Características de la Víctima

1. Ha sido víctima de abuso Si ___No___
2. Tipo de maltrato físico ___psicológico___ sexual ___abandono___

3. Escolaridad ; ninguna ___Primaria___ secundaria___ terciaria___ Relación con el agresor : ninguna___ familiar___ padre___ madre___ hermano___ otro___

III. Características del Agresor

1. Edad___
 2. Ha sido víctima de abuso: Si___ No___
 3. Tipo de abuso: sexual___ físico ___psicológico ___abandono___
 4. Escolaridad: ninguna___ primaria ___secundaria___ terciaria___ superior técnica___ superior universitaria___
 5. Ingreso mensual: más de dos salarios mínimos___ un salario mínimo___ Menos de un salario mínimo___
 6. Estado civil: acompañado___ soltero___ casado___ viudo___ separado___
 7. Uso de drogas: Si___ No___
 8. Ha sido víctima de algún tipo de violencia : Si ___No___
 9. Tipo de violencia denunciada: física___ psicológica___sexual___
-