



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN
CUIDADORES DE NIÑOS/AS MENORES DE 10 AÑOS. BARRIO
GRUTA DE LOURDES, RIOBAMBA, ENERO A JUNIO 2016”**

AUTORA: GRETA MARISOL VALLEJO ORDOÑEZ

**Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo,
presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH,
como requisito parcial para la obtención del grado de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACION:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACION CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN CUIDADORES DE NIÑOS/AS MENORES DE 10 AÑOS. GRUTA DE LOURDES. RIOBAMBA. ENERO - JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Medico Greta Marisol Vallejo Ordóñez, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

MSc. Dra. Liana Elisa Rodríguez Vargas

PRESIDENTE

MSc. Dra. Jacqueline María Baquero Suárez

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Paulina Robalino Valdiviezo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MSc. Dr. Alain Darcourt Rodríguez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACION:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACION CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: “DISEÑO DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN CUIDADORES DE NIÑOS/AS MENORES DE 10 AÑOS. BARRIO GRUTA DE LOURDES, RIOBAMBA, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Medico Greta Marisol Vallejo Ordóñez, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

MSc. Dra. Liana Elisa Rodríguez Vargas

PRESIDENTE

MSc. Dra. Jacqueline María Baquero Suárez

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Paulina Robalino Valdiviezo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MSc. Dr. Alain Darcourt Rodríguez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Greta Marisol Vallejo Ordoñez, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

GRETA MARISOL VALLEJO ORDÓÑEZ

060400762-5

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, Greta Marisol Vallejo Ordóñez, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referidos.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Especialidad.

GRETA MARISOL VALLEJO ORDÓÑEZ

060400762-5

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi esposo e hijos, pues ellos son el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas me llevan a admirarlos cada día más.

A mis padres, quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, a Dios por darme la vida y guiarme por el buen camino, darme fuerzas y supera obstáculos y ser una luz que guía mi vida.

Marisol

AGRADECIMIENTO

El más sincero agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, por abrirme sus puertas y guiarme por el camino de la excelencia.

A mi tutora Dra. Jacqueline Baquero, Dra. Paulina Robalino, quien con su esfuerzo, dedicación, sabios conocimientos, experiencia y motivación han inculcado en mí un sentido de responsabilidad, calidad humanística y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa.

A la Dra. Liana Rodríguez por su apoyo constante y por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

A los docentes, que a lo largo de mi formación como especialista, me guiaron por el sendero del saber y con su ejemplo, me dieron la oportunidad de crecer como persona y amar mi profesión.

A mi familia por su apoyo y comprensión.

Marisol

INDICE

	Pág.
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.1.1 <i>Formulación del problema</i>	5
1.2 Justificación de la investigación	6
1.3 Objetivos de la investigación	9
1.4 Hipótesis	10
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del problema	11
2.2 Bases teóricas	25
2.2.1 <i>Historia del maltrato infantil</i>	25
2.2.1.1 <i>Concepto de Maltrato Infantil</i>	26
2.2.1.2 <i>Concepto de violencia física y emocional</i>	26
2.2.1.3 <i>Concepto de cuidador</i>	27
2.2.1.4 <i>Magnitud del problema</i>	28
2.2.2 Tipos de Maltrato infantil	30
2.2.3 Manifestaciones del maltrato y descuido de menores.	32
2.2.3.1 <i>El lactante zamarreado</i>	32
2.2.3.2 <i>El niño golpeado</i>	32
2.2.3.3 <i>Abuso sexual.</i>	33
2.2.3.4 <i>Negligencia</i>	34
2.2.4 Consecuencias del maltrato infantil	34
2.2.5 Mala salud física	35
2.2.6 Los costos que generan los maltratos	35
2.2.7 Disciplina o castigo	36
2.2.8 Factores de riesgo para maltrato infantil	36
2.2.8.1 <i>Concepto de factor de riesgo</i>	37

2.2.9 Prevención del maltrato infantil	43
2.2.9.1 <i>Importancia de la prevención primaria</i>	44
2.2.9.2 <i>Acciones que se deben realizar en la prevención secundaria y terciaria</i>	45
2.2.9.3 <i>Necesidades de la infancia</i>	46
2.2.9.4 <i>Estrategias de prevención del maltrato</i>	46
2.2.9.5 <i>Implantación de programas de visita al hogar</i>	49
2.2.9.6 <i>Programas de formación parental</i>	50
2.2.9.7 <i>Factores de protección</i>	51
2.2.10 El Conocimiento	53
2.2.10.1 <i>Clasifica del conocimiento</i>	53
2.2.11 Estrategia de intervención educativa	54
 CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y diseño de la investigación	57
3.2 Localización y temporalización	57
3.3 Población de estudio	57
3.4 Variables de estudio	58
3.4.1 <i>Identificación</i>	58
3.4.2 <i>Operacionalización</i>	58
3.5 Etapas de la investigación	60
3.6 Procedimientos de recolección de la información	60
3.6.1 <i>Características del instrumento</i>	61
3.6.2 <i>Validación del instrumento</i>	62
3.7 Diseño metodológico de la estrategia de intervención	63
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos	65
3.9 Aspectos éticos	65
 CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados y Discusión	66
 CAITULO V	
5. PROPUESTA	81

5.1	Fundamentos	81
5.2	Diagnóstico educativo	82
5.3	Objetivos	83
5.4	Límites	83
5.5	Estrategia	84
5.6	Actividades	85
5.7	Recursos	85
5.8	Cronograma	85
5.9	Evaluación	86
5.10.	Estructura del programa	86
5.10.1	<i>Orientaciones metodológicas</i>	87
	CONCLUSIONES	97
	RECOMENDACIONES	98
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1-2: Tipos de maltrato infantil.....	30
Tabla 2-2: Factores de riesgo según el nivel ecológico.....	37
Tabla 3-2: Modelo explicativo de los factores de riesgo, según Belsky, 1993....	42
Tabla 4-2: Implantación de programas de visita al hogar.....	49
Tabla 5-2: Factores de protección	52
Tabla 1-3: Matriz de operacionalización de variables biológicas-sociales.....	58
Tabla 2-3: Matriz de operacionalización de variables según conocimiento.....	59
Tabla 1-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años según características sociales. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.....	67
Tabla 2-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años según características biológicas. Gruta de Lourdes, enero-junio 2016.....	69
Tabla 3-4: Distribución de cuidadores de niños/as menores de 10 años según conocimiento general. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.....	70
Tabla 4-4: Distribución de cuidadores según las dimensiones de conocimientos sobre maltrato infantil, factores de riesgo y prevención. Gruta de Lourdes, enero-junio 2016.....	75
Tabla 5-4: Cuidadoras de niños menores de 10 años según evaluación de las preguntas sobre el conocimiento maltrato infantil, factores de riesgo y prevención. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.	77
Tabla 6-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según grupos de edades y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero-junio 2016.....	78
Tabla 7-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según la identificación y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero-junio 2016.....	78
Tabla 8-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según estado civil y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero- junio 2016.....	79
Tabla 9-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según escolaridad y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato	80

infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.....

Tabla10-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según ocupación y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016..... 80

Tabla 1-5: Cronograma de los temas planificados en la estrategia..... 85

LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1.2. Marcas de instrumentos.....	33
Figura 2-2. Marcas de quemaduras.....	33
Figura 3-2. Factores de riesgos individuales, hogar, comunidad – sociedad.....	42
Figura 4-2. Nivel de intervención según el estadio de desarrollo.....	48
Figura 5-2. Programas de formación parental eficaces.....	51
Figura 6-2. Estrategia de apoyo a la familia.....	56
Figura 1-4: Distribución de cuidadores de niños/as menores de 10 años según conocimiento general. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.....	71
Figura 2-4: Distribución de cuidadores según las dimensiones de conocimientos sobre maltrato infantil, factores de riesgo y prevención. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.....	75

RESUMEN

El objetivo fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en el universo de 34 cuidadores de niños/as menores de 10 años, del Barrio Gruta de Lourdes de enero a junio 2016. Los datos fueron recolectados mediante entrevista estructurada validada por un grupo de expertos. Se utilizó el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS, y la prueba de Fisher para la relación entre variables con un nivel de significancia de $p < 0.05$. En el grupo de estudio predominaron los cuidadores entre 25 – 34 años con el 47,1%, con un hijo a su cuidado con el 55,9%, nivel de instrucción secundaria con el 52,9%, mestizo con el 91,2%, unión libre con el 47,1 y ama de casa con el 52,9%. Predominó el conocimiento no satisfactorio de los factores de riesgo de maltrato infantil con el 79,4%. Según las dimensiones, predominó el conocimiento no satisfactorio en: maltrato infantil con el 53,0%; factores de riesgo con el 85,3%, formas de prevención con el 81,7%. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características biológicas-sociales, y el conocimiento, ($p < 0,05$). Se concluye que el conocimiento sobre los factores de riesgo de maltrato infantil es no satisfactorio, por lo que se recomienda implementar la estrategia de intervención educativa diseñada a partir de los datos obtenidos que permitirá elevar el conocimiento sobre esta problemática de salud en el grupo de estudio.

Palabras clave: <TEGNOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS>, < MEDICINA FAMILIAR>, <CONOCIMIENTO>, <FACTORES DE RIESGO>, <MALTRATO INFANTIL>, <PREVENCION>, <VARIABLES BIOLÓGICAS-SOCIALES>, <ESTRATEGIA EDUCATIVA>.

ABSTRACT

The aim targeted to design a strategy of educational intervention about risks factor of children mistreat in care servers of children under 10. It was performed a descriptive correlational study of cross-sectional type, in the universe of 34 care servers of children under 10 years from Gruta de Lourdes neighborhood from January to June 2016. Data were collected by means of structured surveys validated by a group of experts. The SPSS statistical program was used as well as the Fisher test for the relationship between variables with a level of significance of $p < 0,005$. The study group was mainly made up care server between 25-34 years representing 47,1%, with a child on their charge with 55,9%, secondary instruction with 52,9% mixed race with 91,2%, common-law relationship with 47,1% and housewife with 52,9%. The unsatisfactory knowledge about risk factors of children mistreat was predominant in this study with 79,4%. According to the dimensions, the unsatisfactory knowledge in: children mistreat with 53,0%; risk factors with 85,3%, prevention forms with 81,7%. Statistically significant relationship between biological-social features and knowledge was not found, ($p < 0,005$). It is concluded that knowledge about risk factors of children mistreat is not satisfactory, hence it is recommended to implement the strategy of educational intervention designed from the data gathered which will allow to increase the knowledge of this health issue in the study group.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCE>, <FAMILY MEDICINE>, <KNOWLEDGE>, <RISK FACTORS>, <CHILDREN MISTREAT>, <PREVENTION>, <BIOLOGICAL SOCIAL VARIABLES>, <EDUCATIONAL STRATEGY>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El maltrato infantil es reconocido por OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud) como un problema de salud pública, con una problemática compleja y multicausal, que obedece a la interacción de factores sociales, psicológicos, culturales y biológicos; su abordaje requiere la participación activa multisectorial e interinstitucional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

La familia, constituye el pilar fundamental en lo referente al cuidado de los menores, para satisfacer todas sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y afectivas para desarrollar en ellos una visión positiva de sí mismos y de los demás, actividades esenciales para enfrentarse al mundo con confianza, seguridad y competencia, pero en ocasiones esta responsabilidad se convierte en situaciones negativas que generan maltrato a la población infantil, interfiriendo negativamente en su desarrollo bio-psio-social.

En la mayoría de los países, las intervenciones se emprenden después de haber identificado un caso de maltrato infantil. Las acciones de promoción y prevención son escasas en la Atención Primaria de Salud, por lo que es fundamental realizar estudios para determinar el conocimientos sobre los factores de riesgos que conllevan al maltrato infantil de forma consciente o inconsciente por parte de sus progenitores o cuidadores (OMS, 2009).

En la provincia de Chimborazo, según datos reportados por la Dirección Nacional de Policía Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN, 2013) y según los tipos de maltrato en los menores de edad la Provincia de Chimborazo ocupa el segundo lugar seguido de Cotopaxi, con denuncias en el maltrato físico seguido por las sexuales y por último los psicológicos (Cotopaxinoticias, 2013).

En el barrio Gruta de Lourdes, perteneciente a la parroquia Lizarzaburo, a través de la observación, durante la dispensarización, las actividades de consulta y las visitas domiciliarias, se han identificado un total de cincuenta y tres niños (53) menores de 10 años, al momento del estudio, quienes están expuestos a diferentes factores de riesgos para maltrato infantil.

Hasta ahora, son pocos los estudios en nuestro país, similares al tema de investigación, pero no existen trabajos propios en la provincia ni en la ciudad de Riobamba, por lo que se considera relevante diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años. Gruta de Lourdes. Riobamba. Enero - junio, 2016.

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente se estima que existen muertes por homicidio en 41.000 menores de 15 años. Estas cifras subestiman la verdadera realidad del problema, pues a mayoría de las muertes quedan encubiertas por supuestas quemaduras, caídas, ahogamientos, etc (OMS, 2016).

Según la (DINAPEN), en el año 2013, la Provincia de Chimborazo ocupa el segundo lugar siguiendo a Cotopaxi, con denuncias en el maltrato físico seguido por las sexuales y por último los psicológicos (Cotopaxinoticias, 2013).

En el barrio de la Gruta de Lourdes se han identificado factores de riesgo que pueden propiciar maltrato a los menores de 10 años tales como: a) **Relacionados a la familia:** por la estructura familiar: del total de familias, sesenta (60) de ellas, están clasificadas según el tamaño como medianas y grandes, lo que representa un 85,7%, diez (10) familias como monoparentales lo que representa un 7% del total, de ellas se identificó una familia que presenta seguimiento por la DINAPEN, por negligencia en la atención a los menores, el 23% son familias extensa, hay aceptación del castigo corporal en treinta y cinco (35) familias los que representa el 50%, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS, 2014).

La pobreza en un 42,7%, con quintil de 1 y 2, antecedentes de maltratos en los cuidadores en dieciséis (16) familias lo que representa un 20%, separación o divorcio, 4,9% de las familias, la proximidad de edad entre hijos, falta de apoyo social, falta de estabilidad laboral, poca interacción entre padres e hijos, hijos no deseados, conocimiento y expectativas erróneos sobre el desarrollo infantil (ASIS, 2014).

b) **Relacionados al niño:** Un total de sesenta (60) niños son menores de cuatro (4) años, para un 56,6%, el hecho de que uno de los padres o cuidadores no cuiden a los niños es uno de los riesgos establecidos y en el 100% de los hogares uno de sus progenitores no están al cuidado de sus niños por el trabajo que desempeñan, el síndrome de sacudida que representa otro factor de riesgo ha sido posible identificar en varias familias.

Esta situación se constituye en uno de los problemas más preocupantes para el equipo de salud, siendo también una necesidad sentida de nuestra comunidad, identificado como problema de salud en el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) 2014.

Durante las actividades extramurales y visitas domiciliarias del Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, ha evidenciado múltiples factores de riesgos que conllevan al maltrato infantil, así como un bajo conocimiento sobre los mismos, los que no son reconocidos por el bajo nivel de instrucción de los cuidadores y el escaso conocimiento que tienen del tema.

1.1.1 *Formulación del problema*

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre los factores de riesgo de maltrato infantil y las variables biológicas-sociales en cuidadores de niños/as menores de 10 años, barrio Gruta de Lourdes de enero a junio de 2016?

¿Qué elementos pueden ser incorporados en la estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años?

1.2 Justificación de la investigación.

Todos los niños del mundo entero tienen derecho a crecer y desarrollarse en un entorno saludable y desprovisto de violencia. Pese a este anhelo político mundial, de todas las organizaciones encargadas de proteger a los niños, actualmente millones de niños en todo el mundo continúan fusionados dentro de las experiencias más dolorosas como es la violencia física, sexual, emocional y negligencia.

El maltrato del niños/as es un flagelo mundial que afecta gravemente la salud física y mental de los menores y que pueden perdurar toda la vida de las personas afectadas por este problema. En la mayoría de los países, las intervenciones se emprenden después de haber identificado un caso de maltrato infantil, por lo que la tendencia actual es diseñar estrategias de intervención educativa orientadas preferentemente a la prevención del maltrato.

Sin embargo, la prevención del maltrato infantil, es terciaria, es decir cuando ya ocurre la enfermedad, donde interceden varios organismos de protección de la infancia y de la ley, cuya capacidad profesional está limitada en ese nivel de prevención, y las políticas de prevención o de abordar los diversos factores de riesgo y de protección son escasas o nulas Estrategias de prevención del maltrato infantil.

Existen múltiples factores de riesgo dentro de los hogares que conllevan al maltrato infantil de forma consciente o inconsciente por parte de sus progenitores o cuidadores, el desconocimiento de la verdadera proporción de los factores de riesgo para el maltrato infantil en las familias no son reconocidas.

Sus raíces culturales profundamente arraigadas, sus causas y consecuencias, la tendencia creciente y la falta de intervenciones en nuestras comunidades, lo sitúa en un problema científico de interés para las personas responsables del cuidado de los niños/as, disponiéndole como un fenómeno cada vez más alarmante, en este grupo vulnerables de la sociedad.

Por lo tanto la salud de los niños/as y adolescentes es uno de las prioridades del gobierno Ecuatoriano y como una estrategia el Ministerio de Salud Pública crea el Programa de Atención Integral a la Niñez, siendo uno de los aspectos fundamentales la atención al Maltrato Infantil; el equipo básico de salud está en la obligación ética y moral de velar y proteger la salud de los infantes, frente a todo acto de acción u omisión que atenten contra su salud (República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2011).

Al trabajar sobre el programa de Atención Integral a la Niñez, dentro del componente de Maltrato Infantil, se busca reducir y mitigar las nefastas consecuencias que traen consigo las acciones inadecuadas de sus progenitores o cuidadores, al intervenir en los factores de riesgo existentes en la población asignada al Médico Familiar del Subcentro de salud de Santa Rosa ya que constituye como uno de los problema priorizado en el ASIS 2014.

En el barrio Gruta de Lourdes, perteneciente a la parroquia Lizarzaburo, se han identificado un total de ochenta (53) menores de 10 años, que están expuestos a diferentes riesgos para maltrato infantil. En este mismo sector se diagnosticaron cuarenta (40) familias clasificadas como disfuncionales que representa el 57.1% del total de setenta (70) familias que conforma este barrio, de las cuales una (1) familia tienen seguimiento por negligencia por la DINAPEN.

Según los parámetros establecidos por este organismo estatal donde existe una familia en que se demuestre el maltrato infantil se debe de inmediato emprender acciones de prevención en el resto de las familias; por lo tanto en la Atención Primaria de Salud, el hecho de tener identificada una familia con negligencia en el atención a los menores, representa un serio problema de salud.

Documentada la gravedad de la problemática y de cara a prevenirlos, se hace necesario diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo en cuidadores de niños/as menores de 10 años. Al existir un adecuado conocimiento se dará un paso importante para mejorar la calidad de vida, disminuir la morbi-mortalidad en este grupo y respetar sus derechos que están establecidas en El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y en la Constitución Política del Ecuador.

Al promover todo este conjunto de acciones en los cuidadores de los infantes, se hace factible el trabajo investigativo al existir una adecuada relación médico – cuidadores, una intervención oportuna, que será indispensable y trascendente para el bienestar de los niños/as y su entorno familiar; los resultados a obtener serán de gran importancia en su salud. Una vez que sean identificados estos factores de riesgo y manejados adecuadamente por las familias se espera reducir los índices de morbilidad por maltrato infantil en este grupo vulnerable de la sociedad.

En la provincia de Chimborazo, según denuncias registradas en la DINAPEN durante el año 2013, según los tipos de maltrato en los menores de edad la Provincia de Chimborazo ocupa el segundo lugar seguido de Cotopaxi, con denuncias en el maltrato físico seguido por las sexuales y por último los psicológicos.

Por lo que queda acentuado así la necesidad de unificar esfuerzos en torno a su estudio ya que es un tema de relevancia mundial, nacional y local, y que además se busca contribuir con el cuarto Objetivo del Milenio, que es reducir la mortalidad en los niños menores de cinco años y que muchas de ellas son prevenibles en los que debe prevalecer sus derechos que están consagrados en la Constitución Política del Ecuador.

La intervención educativa será útil, porque nos permiten trabajar sobre las recomendaciones de la OMS, que manifiesta: Los centros asistenciales generales deben considerar la conveniencia de realizar visitas domiciliarias y ofrecer educación a los padres para prevenir el maltrato de los niños, especialmente en los casos de personas y familias en riesgo.

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

Diseñar la estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años Gruta de Lourdes, Riobamba de enero a junio 2016.

1.3.2 *Objetivos específicos*

1. Caracterizar a la población de estudio según variables seleccionadas biológicas-sociales.
2. Determinar el conocimiento de los cuidadores de niños/as menores de 10 años en la Gruta de Lourdes acerca de los factores de riesgo de maltrato infantil.
3. Identificar la posible relación entre conocimiento sobre los factores de riesgo de maltrato infantil y las variables biológicas-sociales.
4. Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgo para maltrato infantil.

1.4 Hipótesis de investigación

Existe relación entre los conocimientos sobre los factores de riesgo de maltrato infantil y las variables biológicas-sociales: edad, número de hijos, estado civil, identificación, escolaridad y ocupación en cuidadores de niños/as menores de 10 años del barrio Gruta de Lourdes.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

En el presente trabajo de investigación, es importante partir de estudios previos que fundamente la investigación realizada, para lo cual se realizó una revisión minuciosa de trabajos previos de diferentes publicaciones que coincidieron con el tema de estudio.

Suárez, N., Bermúdez, I., Díaz, W., López, J., Moreno, L., y Delgado, I. En el año (2016), realizaron un estudio en Cuba sobre “Conocimientos sobre maltrato infantil en madres de escolares” El objetivo de estudio fue: caracterizar el nivel de conocimiento sobre maltrato infantil que tenían las madres de los escolares en el área de salud Aguada de Pasajeros. Métodos: estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de enero a diciembre de 2014. El universo estuvo constituido por 110 madres de escolares. Se analizaron variables como: edad, escolaridad, ocupación, nivel de conocimientos sobre maltrato infantil y creencias que prevalecen. Se utilizó el SPSS. Resultados: Las madres tenían un nivel bajo y medio de conocimientos sobre el maltrato infantil, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad y ocupación). Todas reconocen al maltrato físico, pero pocas aceptan los otros tipos de maltrato como formas de violencia hacia los niños. Conclusiones: las madres tienen un nivel bajo y medio de conocimientos sobre el maltrato a los niños sin asociación significativa con las variables seleccionadas. (Suarez, et al 2016)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015), con la participación de Huepe A., Fernández, J., y Rivera A. Realizaron una investigación sobre: “Maltrato infantil en Chile” una análisis comparativo 1994- 2000-2006-2012.

El método que se utilizó fue un estudio de carácter cuantitativo, no experimental o expo facto, con un diseño de tipo descriptivo y de carácter correlacional. La

población considerada fue el universo de niños y niñas de las regiones de Coquimbo, La Araucanía, Los Lagos, Metropolitana, Valparaíso y Biobío. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario que fue aplicado los 1.555 niños y niñas, el análisis y procesamiento de los datos se realizó con (SPSS+ 15v). Los objetivos de la investigación fueron: a) Determinar la prevalencia y características del maltrato físico y psicológico en niños y niñas de 8° año básico y comparar los hallazgos con los estudios realizados en 1994, 2000 y 2006, para ver la evolución del fenómeno. Una de las dimensiones básicas consideradas fue: Establecimiento de los factores de riesgo de maltrato infantil en Chile.

Los resultados fueron 62,2% de los niños/as manifiesta haber vivido situaciones de violencia psicológica en su vida y un 56,1% el último año; un 50,4% señala que ha vivido situaciones de violencia física leve durante su vida y un 43% durante el último año, mientras que un 28,2% indica que ha vivido situaciones de violencia física grave en su vida y un 22,1% el último año. Es la madre quien ejerce más violencia hacia sus hijos/as si se la compara con la figura paterna. La diferencia más importante está en la violencia física leve. Esta diferencia se puede explicar porque es la madre quien pasa más tiempo con los hijos/as y es a ella a quien se le asigna la responsabilidad de la crianza, asociada a su rol materno. En relación al sexo de los niños y niñas, es más frecuente en la hija, si se compara con el hijo, esto para todos los tipos de violencia analizados. Dentro de los factores de riesgo que se midieron, resultaron asociados con violencia psicológica y física los siguientes factores: existencia de violencia entre los padres, tipo de colegio, consumo de alcohol en el hogar y baja participación del padre en el colegio en su rol de apoderado. Conclusión: La disminución de la violencia ha sido bastante moderada. En el año 2006, un 24,7% de los niños/as manifestaba no haber vivido violencia; esa cifra aumentó el año 2012 a un 29%. (UNICEF, 2015)

Arango, L., Moreno, J., y Convers, A. En el año 2014, realizaron una investigación sobre: “Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil”. Se realizó un estudio descriptivo con un método de asociación.

El objetivo fue identificar los factores de riesgo psicosociales relacionados con el maltrato infantil en un grupo de niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, que se encuentran actualmente en un semi-internado de una fundación en Cajicá, Colombia. La unidad de análisis fue compuesto por 50 historias clínicas de las niñas y adolescentes. La recolección de datos se realizó con un formato diseñado para tal fin, que fue revisado y validado por cuatro jueces expertos, en los cuales se analizaron los factores de riesgo psicosocial asociados con el maltrato infantil dentro del ontosistema, microsistema, exosistema y macrosistema. En los resultados obtenidos se puede mencionar que los factores de riesgo psicosociales asociados al maltrato infantil eran familias monoparentales, madres adolescentes y la historia de maltrato en la infancia de los padres. En el Análisis **descriptivo del ontosistema**, la historia de malos tratos en la infancia es importante destacar que en el caso del padre no se tuvo la información en el 32% de los casos, debido a la ausencia de estos. Lo cual sustenta la información anterior de que el 56% de las familias son de tipo monoparental, en cabeza de la madre, lo cual se constituye en un factor de riesgo de maltrato. En cuanto a la variable edad de los padres al momento del nacimiento, se encontró que el 52% estaba en la adultez temprana, tanto en los padres como en las madres. Es importante destacar que el 34% de las madres y el 14% de los padres eran adolescentes al momento del nacimiento de sus hijas, periodo en el cual no cuentan la suficiente madurez psicológica para asumir la paternidad, constituyéndose en otro factor de riesgo para el maltrato. Análisis de variables psicosociales en el ontosistema donde el ciclo del maltrato infantil es un indicador importante que explica el mantenimiento de dicho fenómeno. En el presente estudio, se encontró que aquellos padres que tuvieron una historia de malos tratos durante su niñez, también maltratan a sus hijos; específicamente en las madres, se encontró que en un 78% tuvieron historia de malos tratos a su vez repiten el ciclo del maltrato infantil con sus hijas. Igualmente, las madres adolescentes maltrataban a sus hijas en un 88%. **Análisis descriptivo del microsistema.** Dentro del microsistema una de las variables es el tipo de familia. Se evidenció que el 56% de las niñas y adolescentes vienen de familias monoparentales. Seguido por un 30% que está constituido por familias extensas. El 12% de la población vive en familias reconstituidas. Finalmente, es importante destacar que solo el 2% de la

muestra viven en familia nuclear. Es decir, se encontró una tendencia a que el maltrato se evidencia en familias no tradicionales. En cuanto a la variable estilos de crianza, predominaron el estilo negligente (52%), seguido por el autoritario (32%) y finalmente el permisivo (16%), que son prácticas parentales no posibilitan un desarrollo armónico en los niños. A partir de lo anterior, es importante destacar que al analizar la presencia o no de maltrato infantil en las historias clínicas, se encontró que en el 92% se reportó la presencia de maltrato infantil. Dentro de este porcentaje, el tipo de maltrato que más se halló fue la negligencia con un 48%, lo cual puede ser explicado en el hecho que la unidad de análisis correspondía a historias de niñas de semi-internado. También se reportó maltrato físico con un 24%, maltrato psicológico con un 18% y abuso sexual con un 2%. **Análisis de variables psicosociales en el microsistema.** El estilo parental más asociado a maltrato infantil fue el negligente en un 44%. Igualmente hay un porcentaje significativo en el estilo autoritario con un 36%. **Análisis de variables psicosociales en el exosistema.** Se evidencia que entre más bajo nivel educativo de la madre más presencia de maltrato. En este estudio se encontró maltrato cuando la madre tiene un nivel educativo de básica primaria en un 70%, seguida por un 28% de maltrato cuando la madre tiene un nivel educativo de secundaria. Por otro lado se evidenció que el 66% de las familias que cuentan con apoyo social presentan maltrato infantil, y que el 26% de las familias que presentan aislamiento social maltratan a sus hijas. Otra variable asociada al maltrato fue el tipo de trabajo de los padres, dado que fue mayor el porcentaje en aquellos padres que tienen un trabajo informal con un 50%, a diferencia de aquellos padres que tienen un trabajo formal en un 42%. **Análisis de variables psicosociales en el macrosistema.** El estrato socioeconómico dos, el 60% de las niñas y adolescentes sufrían maltrato infantil; por su parte en el estrato uno, el 32% presentaban maltrato infantil. Ello evidencia la presencia del mismo en estratos bajos (Arango, et al 2014)

Ishida, K., Klevens, J., Rivera-Garda, B., & Mirabal, B, en el año 2013, realizaron una investigación sobre: “Maltrato del niño en Puerto Rico: hallazgos del sistema de 2010 policía nacional y los datos de negligencia”

Objetivo: El maltrato del niño puede tener efectos nocivos del largo plazo. La cuantificación del alcance y de las características del maltrato del niño es necesaria para la prevención eficaz en Puerto Rico. Métodos: El fichero nacional del niño del sistema de la pederastia y de datos de la negligencia contiene todos los informes del maltrato del niño de los Estados Unidos (los E.E.U.U.) y de Puerto Rico. Resultados: En Puerto Rico, la negligencia es la forma más común de maltrato, seguida por abuso emocional; sin embargo, la mayoría de víctimas sufrió tipos múltiples de abuso. La información era generalmente anónima en Puerto Rico (29,8%) que en los E.E.U.U. (9,4%) y menos proporcionada comúnmente por los profesionales en Puerto Rico (37,2%) que en los E.E.U.U. (58,7%) (Ishida, et al 2013)

Pescoso, I., y Álvarez, M. en el año 2013, realizaron un estudio con el tema

“Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia”. El Objetivo: identificar los conocimientos que sobre maltrato infantil tienen los padres o tutores que acuden a las consultas de pediatría de la brigada médica cubana en Oruro. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, donde se aplicó un cuestionario validado por expertos a 185 padres o tutores de niños atendidos en la(s) consulta(s) de Pediatría de la brigada médica cubana, en el Departamento de Oruro, Bolivia, durante el periodo de marzo a mayo del año 2008. Resultados: no existe una adecuada información acerca del maltrato infantil y la televisión fue la vía principal de adquisición. El tipo de maltrato más identificado lo constituyó el poco afecto y cariño y como causa fundamental los problemas económicos. El criterio de identificación más predominante fue el niño con moretones y la conducta más difundida fue avisar a la policía. Solo un reducido número de las personas alegaron haber recibido algún tipo de capacitación con respecto al tema. Conclusiones: los conocimientos que tienen los padres o tutores sobre los temas relacionados con el maltrato infantil son escasos, así como la capacitación de los mismos, lo cual ofrece pautas para trazar estrategias de salud en el trabajo comunitario (Pescoso, et al 2013)

Guerrero, R., Gutiérrez, M., Fandiño, A., y Cardona, S. en el año 2012, realizaron un estudio sobre

“Sistema de indicadores comparables de convivencia y seguridad ciudadana: un consenso de países”. El presente trabajo detalla un esfuerzo realizado por 14 países que inicialmente estuvo conformado por cuatro: (Colombia, Ecuador, Honduras y Perú) posteriormente en el año 2011, se sumaron Paraguay, Republica Dominicana, Uruguay, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guyana, Jamaica, México y Nicaragua, además de dos ciudades capitales, Quito y Buenos Aires. Los indicadores escogidos fueron homicidio, muerte por lesiones de tránsito, suicidio, muerte por arma de fuego, delito sexual, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, hurto, robo, hurto/robo de vehículos, secuestro, infracción de tránsito bajo efectos del alcohol, victimización general, victimización por robo, victimización por hurto, percepción de inseguridad, percepción de miedo, confianza en las instituciones y justificación del uso de violencia. Materiales y Métodos. Para el presente estudio se siguió una metodología de revisión conceptual, diagnóstico situacional y concertación y consenso por parte de delegados nacionales de todos los países vinculados, contando también con el apoyo de expertos internacionales Resultados: Se obtuvieron dos grandes categorías: la "seguridad ciudadana", definida como la situación de vivir en comunidad libre de riesgos, respetando los deberes y los derechos de todos los ciudadanos, y la "convivencia", entendida como la interrelación entre los ciudadanos y de estos con el Estado y el entorno público. Esta segunda categoría incluye la ausencia de violencia; la tolerancia entre las diversas opciones morales, culturales o sociales sin que se transgreda la ley; el cumplimiento de las reglas sociales, tanto formales como informales, y la simetría entre derechos y deberes. Resultados: A través de este proceso surgieron acuerdos básicos sobre los conceptos de convivencia y seguridad ciudadana, como punto de partida para el desarrollo de iniciativas que promuevan la acción de los gobiernos nacionales y de los organismos internacionales para estandarizar los lineamientos de calidad para el registro, procesamiento y análisis de la información. Estos acuerdos ya han sido alineados con el CIE-10 para los temas en común y con las directrices de otros

organismos, como; UNODC y OEA, para afianzar su difusión y aplicación (Guerreo, et al 2012)

El Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA, 2010) realizó un estudio en el Ecuador titulado:

“Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI”. Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil. Con la participación de las siguientes Instituciones:, además de Save the Children, aportaron de manera significativa el Plan Internacional, CARE Ecuador, la Fundación Observatorio Social del Ecuador/OSE, UNIFEM y los objetivos de la Encuesta fueron: 1. Evaluar el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas del Ecuador. 2. Monitorear la política pública de niñez y adolescencia a 20 años de la Convención de los Derechos del Niño 3. Medir el cumplimiento de la Agenda Social de Niñez y Adolescencia del CNNA 2007-2010. El universo de la muestra fueron todos los hogares con niños menores de 18 años del Ecuador excepto Galápagos. La muestra efectiva estuvo conformada por 3.135 hogares. (p. 11)

Los resultados fueron: Las estructuras familiares de la infancia no han sufrido grandes transformaciones en la última década. De acuerdo a la composición étnica de los ecuatorianos el 83% de la infancia ecuatoriana vive en hogares blanco/mestizos. (p. 17)

En los últimos 10 años la mitad de los niños/as del país continuó viviendo en hogares nucleares, uno de cada 10 en hogares monoparentales, el 35% en hogares extendidos –con núcleo o sin núcleo—y un 3% en hogares compuestos. El abandono es la segunda causa para la no presencia de los padres en el hogar y es más frecuente en la región Amazónica: 9% y el 3% de los niños y niñas de esta región no viven con sus padres porque emigraron al extranjero. (p. 25-26)

El cuidado de los niños y niñas menores de cinco años continúa siendo una responsabilidad fundamental de la familia, en el 2000, el cuidado de la familia se registró en el 94% y una década más tarde, el 96% de ellos y ellas sigue bajo el cuidado familiar. La madre permanece como la principal responsable del cuidado de la infancia tierna y su participación se incrementa a lo largo de la

década. En el 2000, siete de cada diez niños y niñas menores de cinco años (70%) estaba la mayor parte de los días laborables al cuidado de sus madres, en contraste, sólo el 7% de los padres tenía esta responsabilidad. Luego de 10 años, ocho de cada 10 niños y niñas son cuidados por sus madres, y apenas 1% permanece bajo el cuidado del padre. También se analizó si el padre y la madre comparten esta responsabilidad: solo el 3% de los niños son cuidados por sus padres y sus madres por igual durante los días laborables. El rol de las madres en el cuidado infantil acorta su diferencia entre el campo (80%) y las ciudades (78%). Por otra parte, la responsabilidad de las madres es mayor en la Costa (82%) y en los hogares afroecuatorianos (79%) y menor en la Sierra (75%), en los hogares blanco/mestizos (79%) e indígenas (73%). Los niños y niñas del país están expuesto a una gama de comportamientos paternos para resolver los conflictos. Actualmente, las reacciones más frecuentes de los padres ante las faltas o desobediencia de sus niños son el regaño (71%), los golpes (41%), el diálogo (31%), la privación de gustos (11%) o los insultos (3%). Al cierre de la década la tendencia de los padres a ser castigadores y violentos con sus niños y niñas aumenta. En general el uso de los castigos violentos se reproduce con mayor frecuencia en el campo (48%); en la Sierra (47%) y en los hogares indígenas (49%). Las reacciones no violentas para la resolución del conflicto son cada vez menos utilizadas en el ámbito privado de las familias ecuatorianas. Preocupa sobre manera que haya disminuido la gama de comportamientos paternos no violentos, especialmente el diálogo. Entre el 2000 y el 2010, la proporción de niños y niñas que declara que el comportamiento más frecuente de sus padres ante una falta o error es conversar con ellos bajó del 57% al 31%. Asimismo, el diálogo es un recurso menos utilizado en los hogares afrodescendientes (26%); en la Costa (29%) y aquellos con niños de edad escolar (25%). El castigo violento dejó de variar ampliamente en los hogares ecuatorianos y los golpes como recurso para resolver los problemas aumentaron ligeramente. En el 2010, para cuatro de cada 10 niños/as de 5 a 17 años de todo el país (41%) los golpes son el segundo de los tres comportamientos más frecuentes de sus padres cuando cometen faltas o desobedecen. Otros comportamientos violentos son menos utilizados. Por ejemplo, el 1% de los niños/as tiene padres que recurren a encierros, baños en agua fría, expulsión de

la casa o privación de comida y el 3% a insultos o burlas. Las marcadas diferencias encontradas en el 2004, en los hogares ecuatorianos, alrededor de la incidencia del castigo violento están desapareciendo. Por ejemplo, los golpes son un recurso paternal utilizado con similar frecuencia en todas las regiones del país, los grupos étnicos, las ciudades y el campo; para con las niñas y los niños. El castigo violento va en aumento en la vida cotidiana de la infancia en edad escolar. Los niños/as en edad escolar están más expuestos a los golpes que los adolescentes: el 58% de los niños y niñas en edad escolar (5 a 11 años) son castigados con golpes, en comparación con el 22% de los adolescentes (12 a 17 años). El regaño permanece como la medida correctiva más frecuente en los hogares del país. En el 2010, para siete de cada diez niños y niñas de 5 a 17 años, la reacción más frecuente de sus padres ante sus faltas es el regaño o reprimenda. La incidencia de este comportamiento es muy similar en el campo y las urbes y para los niños y las niñas de todas las edades; pero muestra algunos matices en las regiones y los grupos étnicos. Más niños y niñas afroecuatorianos (72%) y serranos (75%) reciben esta reacción de sus padres que sus pares indígenas (68%), costeños (69%) y amazónicos (66%). (ODNA, 2010, p. 9-39)

Informe del Centro Reina Sofía realizado en el año 2011, con el tema sobre “Maltrato infantil en la familia en España”, con el objetivo de conocer la incidencia y la prevalencia de los delitos cometidos por menores en la Comunitat Valenciana.

Los datos analizados se han obtenido de dos fuentes: una para los datos de violencia escolar y otra para los de violencia en la sociedad y en la familia. Se ha identificado factores de riesgos importantes en los casos de maltrato infantil como la falta de apoyo social, así como de las redes y el estrés. Así el 79,50% de los agresores destacó no tener ayuda de familiares, amigos, etc., para el cuidado de los menores. A su vez, el 38,30% de los agresores reconocer vivir situaciones de estrés, dentro de las que destacan principalmente los problemas laborales (24,84%), por encima de los problemas económico (20,63%), y de salud (21,87%). Los padres son los principales agresores en los casos de maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual, mientras que las madres lo son en los casos de negligencia. Además el padre biológico es responsable de los

porcentajes más altos de maltrato físico (43,75%) y psicológico (63,64%), mientras que la madre biológica lo es de la negligencia (72,73%). El abuso sexual es perpetrado en un 50% tanto por el padre biológico, como por los hermanos de las víctimas (Centro Sofia, 2011).

Mikton, C., & Butchart, A. en el año 2009, realizó una investigación sobre:

“Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews/Prevention de la maltraitance chez l'enfant: revue systematique des revues/Prevencion del maltrato infantil: revision sistemática de las revisiones.” El objetivo para sintetizar pruebas recientes de comentarios sistemáticos y completos en la eficacia de las intervenciones universales y selectivas de la prevención del maltrato del niño. Método: las bases de datos fueron buscadas por un revisor, sin restricciones de la lengua: Medline, PsychINFO, Embase, CINAHL, índice de citación de las ciencias sociales, índice de citación de la ciencia, LILAS, ERIC, NCJRS, Campbell Library, la biblioteca de Cochrane, WorldWideScience, KoreaMed, IndMED, y Google. El objetivo sintetizar pruebas recientes de comentarios sistemáticos y completos en la eficacia de las intervenciones universales y selectivas de la prevención del maltrato del niño. Resultados: En 296 (99,4%) de los estudios fueron realizados en los países con ingresos elevados (el alrededor 83% en los E.E.U.U.), dos (0,6%) en países con ingresos medios, un estudio en un programa de la prevención del abuso sexual en China y otro en cuidado de la madre del canguro y el enlace del madre-niño en Colombia y no se reportaron más estudios en los países con bajos ingresos.

Durante la búsqueda se identificaron 3299 artículos con la estrategia de búsqueda, 26 cumplieron los criterios de inclusión. Hay evidencia de que cuatro de los siete tipos de intervenciones universales y selectivas examinadas en los 26 comentarios son prometedores para prevenir el maltrato real del niño: la visita al hogar, educación del padre, prevención del traumatismo craneal abusivo y programas de intervenciones de varios componentes (servicios tales como ayuda de la familia, educación preescolar, habilidades paternas y cuidado de niños). Los otros tres estudios restantes corresponden a: prevención de los abusos sexuales del niño, intervenciones medio-basadas y grupos de ayuda mutua y

ayuda sociales, estos son escasos. La proporción de medidas directas era la más alta (44,3%) para los programas de visita en el hogar, baja considerablemente (17,4%) para los programas de educación del padre, y excesivamente bajo para la prevención de los abusos sexuales del niño (2,7%), para la cual solamente los factores de riesgo fueron incluidos alrededor 97% de los estudios. Se evidencio un desequilibrio durante la investigación según la distribución geográfica debido a que el 99% de las publicaciones estaban realizados en los países con ingresos elevados, un paralelo del hueco de 10/90 en otras áreas de la investigación de la salud. No puede ser asumido que las pruebas actuales sobre la eficacia de los programas universales y selectivos del maltrato del niño aplican países con ingresos elevados, por lo que es imprescindible la adaptación y estudios extensos en países con medios y bajo ingresos, debido que en estos países, el maltrato del niño representa una mayor carga de la salud y reduce el desarrollo económico y social en mayor medida que en países con ingresos elevados (Mikton, C., & Butchart, 2009).

Trenado, R., Posa, G., y Cerezo, A. Realizaron un estudio en (2009), con el tema “Proteger a la infancia: apoyando y asistiendo a las familias”. El presente trabajo se centra en el contexto familiar como objetivo de intervención, especialmente en su vertiente de contexto para la detección temprana y la prevención. Donde se aborda las buenas prácticas parentales y el apoyo a familias en la crianza de sus hijos como factores protectores. Los datos resaltan la importancia de la prevención primaria especialmente en momentos de crisis económica en los que pueden aumentar los factores que afectan negativamente a la interacción familiar, en la cual se considera que la mejor política de protección es la propia prevención, las mismas que deben ser realistas y efectivas. Los datos indican que existe un incremento del número de familias que están recibiendo intervención, orientación o mediación familiar desde los servicios especializados. Por lo que queda acentuada así la necesidad de incrementar las actuaciones de prevención que disminuyan los costes directos e indirectos de las prácticas parentales disfuncionales, que en casos extremos llegarán al maltrato infantil, así como el “dolor invisible” que sufre la infancia. La prevención y la intervención tienen que proporcionar protección acumulativa ante una vida que es dinámica y trae

consigo diferentes estresores y riesgos para los más vulnerables. Además una investigación reciente realizada con un total de 342 díadas, mostraba que un 85,4% de los niños que acudían al programa con sus padres a más de cuatro visitas desarrollaron un apego seguro, según la evaluación que se les realizó a los 15 meses en la que se utiliza el tradicional test situacional de Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Esta proporción de niños con apego seguro fue descendiendo a medida que disminuía el número de visitas, de modo que con tres visitas la proporción de niños con apego seguro fue igual a 78,4% y en el grupo de comparación, asistiendo a la primera y la última visita, descendió a un 68,8% (Cerezo y cols., 2008; Cerezo, Trenado y Pons-Salvador, en prensa). Estos resultados son similares a los obtenidos en un grupo de 312 diadas irlandesas, lugar en el que el Programa se adaptó y viene operando desde 2001 (Trenado, 2009)

Soriano, F., y cols, en el año 2009, realizo u estudio sobre la Promoción del buen trato y prevención del maltrato en el ámbito de la Atención Primaria.

Donde se encontró que la incidencia de maltrato en el ámbito familiar entre el año 2001 y 2005 ha aumentado en un 146,29%, en Madrid-España. La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente del maltrato físico. Todos los sub-tipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos de la conducta emocional, social, delictiva o de la conducta sexual, consumo de drogas ilegales o ideas suicidas. Los servicios de Atención Primaria tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable. De las actuaciones que clásicamente se recomiendan solo las actividades sobre familias de riesgo de ocurrencia de maltrato a la infancia han resultado de alguna eficacia. La actividad más consistente en prevención, con mejores resultados, es la visita domiciliaria en familias de riesgo desde la etapa perinatal a los 2-3 años de vida. (Soriano et al, 2009).

Muñoz, M., Gamez, M., y Jiménez, G. En el año 2008 realizó una investigación sobre: “Factores de riesgo y de protección para el maltrato infantil en niños mexicanos”.

El objetivo: Explorar la capacidad predictiva de diferentes factores individuales familiares de riesgo y protección sobre tres tipologías de malos tratos infantiles (físico, emocional y abuso sexual) en una muestra de 191 participantes (104 mujeres y 87 varones) de niños mexicanos de la escuela secundaria pública de México, Distrito Federal. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos de evaluación: 1) Cuestionario sociodemográfico. Incluyó preguntas sobre edad, sexo, curso, raza, lugar de residencia y lugar de nacimiento. 2) Tipos de maltrato, factores de riesgo y de protección. Se elaboró un instrumento específico compuesto de 78 reactivos con formato de respuesta tipo likert desde 1 (*nunca*) hasta 4 (*siempre*). El instrumento constó de tres escalas diseñadas para evaluar las variables objeto de estudio. a) Escala de maltrato. Incluyó tres subescalas: maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual. b) Escala de factores de riesgo. Dirigida a evaluar las variables de riesgo tanto individuales del niño (tener alguna limitación física leve, ser el hermano pequeño, tener alguna enfermedad, comportamiento ansioso, comportamiento antisocial, comportamiento autolesivo, deficientes habilidades de afrontamiento, baja autoestima y experimentar sentimientos de soledad) como familiares (tamaño de la familia, edad de los padres, vivir con un padrastro o madrastra, consumo de drogas en la familia, vínculo familiar negativo, la madre o el padre trabaja fuera de casa, desigualdad del trato en función del sexo del niño e historia de delitos) que constituyen potenciales factores de vulnerabilidad para el maltrato infantil. Para esta subescala se obtuvo un coeficiente alfa de .78. c) Escala de factores de protección. En ella se incluyeron variables de protección tanto individuales del niño (buenas relaciones con iguales, participación en la toma de decisiones familiares y experiencias afectivas tempranas) como familiares (buena comunicación familiar, estilo familiar democrático y presencia de redes sociales). Los resultados que se obtuvieron demuestran la prevalencia de los diferentes tipos de maltrato, el 78.5% de los participantes declaró haber sido objeto de algún tipo de maltrato emocional, el 67% de la muestra informó

haber sido maltratado físicamente y un 37.6% admitió haberse visto envuelto en una situación de carácter sexual contra su voluntad sexual contra su voluntad. El porcentaje de mujeres víctimas de abuso sexual fue superior al de los varones. Análisis de regresión múltiple indicaron que la existencia de frecuentes conflictos familiares explicaba la mayor proporción de la varianza tanto en el maltrato físico como en el emocional. El comportamiento autolesivo fue el mejor predictor para el abuso sexual. En contraste, un estilo familiar democrático y tener una buena comunicación familiar resultaron ser las variables de protección más importantes que explicó un 6% de la variable dependiente. (Muñoz et al, 2008)

Gaxiola, J., y Frias, M. En el año 2008, realizó una investigación sobre: “Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas”

El objetivo de la presente investigación fue evaluar, basándonos en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner, el efecto de factores protectores ambientales e individuales en las condiciones de riesgo para el abuso infantil y en la adaptabilidad de la crianza. Las participantes fueron 183 madres de la ciudad de Hermosillo, México. Las variables medidas fueron la autoestima, la calidad de vida, el factor K, el apoyo social familiar, el apoyo social del cónyuge, la cohesión del vecindario, el apoyo social de amigos, la historia de abuso, la depresión, las creencias disciplinarias, la violencia de pareja, un vecindario inseguro, los estilos educativos (autoritativo, autoritario, permisivo) y el abuso infantil. Éstas fueron analizadas dentro de un modelo de ecuaciones estructurales, representando los diferentes contextos del modelo ecológico: exosistema, microsistema y ontosistema, para los factores protectores y los de riesgo. Los resultados indican que los factores protectores inhiben a los factores de riesgo, los cuales, a su vez, se relacionan positivamente con el abuso infantil y negativamente con los estilos de crianza adecuados (Gaxiola et al, 2008)

Zunzunegui, M., Morales, J., y Martínez, V. Realizaron un estudio en el año 1997 sobre:

“Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud” *Objetivo*. Identificar asociaciones entre características del ámbito ecológico de la familia y el maltrato infantil. *Métodos*. Diseño de 45 casos víctimas de maltrato infantil y 90 controles apareados (1 caso 2 controles) según edad, sexo y distrito de residencia familiar. La recogida de información se realizó mediante entrevista domiciliaria a los cuidadores del niño, generalmente la madre. *Resultados*. Hay diferencias muy significativas ($p < 0,001$) en edad y nivel cultural de las mujeres entrevistadas, tamaño de la fratría y monoparentalidad, percepción de salud, sintomatología depresiva y de ansiedad, situación financiera y percepción de apoyo social. En el análisis multivariado, la monoparentalidad, el nivel de instrucción y el tamaño de la fratría, los problemas económicos y la sintomatología depresiva y de ansiedad son factores independientemente asociados al maltrato infantil. Entre las familias monoparentales, la existencia de apoyo social tiene un papel protector; mientras que entre las familias biparentales, los problemas de estrés económico están positivamente asociados al maltrato. *Conclusión*. El maltrato infantil tiene fuertes raíces socioculturales y económicas. Las estrategias de intervención deben orientarse a favorecer la integración social de las familias en riesgo (Zunzunegui et al, 1997).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Historia del maltrato infantil.

Los malos tratos a la infancia son tan antiguos como la humanidad misma. El derecho romano a la patria potestad confería a los progenitores una autoridad absoluta sobre sus hijos, pudiendo aquellos decidir libremente sobre su destino: utilizarlos como esclavos, mutilarlos para implorar caridad pública, abandonarlos o quitarles la vida si nacían con algún defecto, ya que el infanticidio estaba permitido. (Herrero, S. (Ed.), 2006, p. 419)

La Actitud hacia la infancia comenzó a mejorar en el siglo XVIII, bajo la influencia del cristianismo. Se prohibió el infanticidio así como determinados comportamientos de los adultos hacia el menor, y se estableció leyes de protección a la infancia. Pero los malos tratos, en general, han continuado hasta

nuestros días, ante la indiferencia de la sociedad y la permisibilidad de las autoridades que no han sido conscientes de la magnitud del problema hasta épocas muy recientes. (Herrero, S. (Ed.), 2006, p. 419)

Con la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, se reconoció a los niños y niñas como sujetos de derechos exigiendo que cada estado implemente leyes, y se garantice su cumplimiento para una vida digna de todos los niños y niñas del mundo, toda esto surgió a partir del antecedente público de denuncia de maltrato infantil ocurrido en Estados Unidos 1874, cuando una madre golpeó brutalmente a su hija y fue amparada su defensa en las Leyes de la Sociedad Protectora de Animales. Dicho acontecimiento marcó la pauta para el surgimiento de investigaciones posteriores en el tema de maltrato infantil.

Infancia: es una construcción social que difiere de un momento histórico a otro y de una cultura a otra. En la Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales, se encuentra definida como: “Época clave de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte del éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital” (Tabera, 2010).

2.2.1.1 Concepto de Maltrato Infantil.

Se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (OMS, 2016, p.1)

Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2006), define el Maltrato infantil que son las acciones u omisiones con la intención de hacer un daño inmediato a la persona agredida. La persona agresora concibe el daño como el fin principal de su agresión. Crea un síndrome en la víctima que sobrevive, conocido como síndrome del maltrato infantil. Se conocen tres formas principales de maltrato infantil: físico,

emocional o psicológico y por negligencia o abandono. Esas formas de maltrato producen lesiones físicas y emocionales indelebles, muerte o cualquier daño severo.

Casado, Huertas y Martínez (1997) realizaron la definición de maltrato infantil que proponemos que incluye tanto lo que se hace (acción), como lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico-emocional y social, sino que considerándole persona-objeto de derecho incluye sus *derechos* y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones -administraciones (maltrato institucional).

2.2.1.2 Concepto de violencia física y emocional.

Es una forma de violencia que desde las personas adultas se realiza con la intención de disciplinar, para corregir o cambiar una conducta no deseable y sustituirla por conductas socialmente aceptables y que las personas adultas consideran importantes para el desarrollo de la niñez y la adolescencia. Es el uso de la fuerza causando dolor físico y emocional a la persona agredida. (ONU, 2006, p. 16)

2.2.1.3 Concepto de cuidador.

Es la persona que se encarga del cuidado de otra persona, de un animal o un lugar. Las mujeres por tradición cultural y asignación social, asumen el cuidado de la salud y enfermedad de los miembros del hogar casi en total responsabilidad.

Los cuidadores son mayoritariamente mujeres del núcleo familiar, con dedicación exclusiva o predominante al trabajo en el hogar. La estrecha vinculación entre el papel de cuidador informal y el de ama de casa convierte el trabajo de atención a la salud de otros miembros de la familia en un hecho socialmente incuestionable, por lo tanto el sistema informal constituirá un verdadero sistema invisible de atención a la salud. “El cuidado informal se oculta así en el ámbito de lo privado, de lo doméstico, como parte integrante de la normalidad cotidiana” (García, 1999).

Se describen tres formas de cuidadores: cuidador principal: es la persona que se encarga de la mayor parte de cuidado; Cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar; cuidador informal: Cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en su atención. El cuidado informal son aquellas prestaciones de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados, por lo tanto en la actualidad no se cuenta con cifras reales de la magnitud del problema. La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc., condicionan el conocimiento del número de casos.

2.2.1.4 Magnitud del problema.

El maltrato infantil es un flagelo mundial con peligrosas consecuencias que pueden perdurar toda la vida e implica la muerte. Los países que tienen ingresos bajos y medianos, no existen datos actuales, de esta problemática de salud.

Los datos que actualmente se obtienen son estimaciones de cifras, pues no existen datos contundentes de la realidad del problema, porque muchos de ellos no son denunciados, ocurren dentro de los propios hogares donde se enmascara esta situación, pero además depende de las políticas y los estados, donde unos sancionan al maltrato y otros no, de acuerdo a las leyes establecidas en cada país.

La OMS (2016) afirma que “una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia” (p.1).

Se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante

proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas. (OMS, 2016, p.1)

Durante el año 2006, por primera vez en la historia reciente, la cifra total de muertes anuales entre los niños y niñas menores de cinco años fue inferior a los 10 millones, al situarse en los 9,7 millones. Esto representa una reducción de un 60% de la tasa de mortalidad en la infancia desde 1960. (UNICEF, 2008, p. iii)

Sin embargo continua siendo inaudito la perdida es esta cantidad de vidas inocentes, especialmente cuando muchas de estas muertes se pueden evitar. A pesar de los progresos, no se ha podido reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de menores de cinco años en 2015, que fue el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio. (UNICEF, 2008).

La tasa de mortalidad de menores de cinco años de la India se ha reducido en un 34%. Desde 1990, seis países han conseguido reducir las tasas en un 50%: Bangladesh, Bhután, Bolivia, Eritrea, el Nepal y la República Popular Democrática Lao, Etiopía ha logrado reducir esa tasa en casi un 40% desde 1990. Sin embargo, sus tasas de mortalidad de menores de cinco años siguen siendo elevadas (UNICEF, 2008, pag.iii)

ENDA, INEI (como se citó Andrade, S., Cajamarca, D., y Carmona, M. (2014) En Ecuador, se evidencia que el 51% de niños entre 6 y 11 años reporta haber sido víctima de maltrato. Siete de cada 10 niños ecuatorianos reportan haber sido víctima de abuso físico, sexual o negligencia. El 80% de adultos que fueron maltratados en la infancia puede ser diagnosticado al menos de un desorden psicológico.

Tal como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS la violencia y el maltrato constituyen uno de los problemas más importantes en la Salud Pública, sus diferentes formas de expresión son una amenaza para la salud individual y colectiva y de manera especial para la población infantil.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2009) rompe el tan afianzado mito de que los malos tratos a los niños solo se producen en los países pobres

y subdesarrollados pues en los países desarrollados mueren más de 3.500 niños menores de 15 años.

En Quito (2013) se han registrado 1.846 denuncias de maltrato infantil de enero - abril en la (DINAPEN). El promedio es de 461,5 denuncias cada mes. Eso supera el promedio de 2012, cuando se registró 447 denuncias mensuales, y también el de 2011, cuando cada mes se presentaban 383.

Lo preocupante es que de las denuncias, la que mayor incidencia tiene, es la de maltrato sexual. En 2012, de las 5.366 quejas presentadas, en todo el país, 3.089 corresponden a violencia sexual. Mientras que en el primer cuatrimestre de este año, de las 1.846 denuncias, 1.172 corresponden a la violencia sexual y 525 a maltrato físico. En Quito (2013), se han registrado 116 niños fallecidos de forma violenta, (81 de forma accidental, 30 en siniestros de tránsito, 5 en homicidios), lo que representa el 14% del total de fallecidos (806).

Muchas personas, especialmente, en el campo no denuncian. A veces es por falta de conocimiento, otras porque desconfían de la justicia y algunas porque no les creen a sus hijos. En nuestro país no existen estudios de factores de riesgo de maltrato infantil.

En la Constitución Política del Ecuador (2008) en el Art. 46.- literal 4 refiere la “Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones” (p.24).

La ley ampara protege y promueve la atención a los niños niñas y adolescentes víctimas de cualquier tipo de maltrato ratificando el derecho de los niños y niñas a un desarrollo integral acorde a su proceso de crecimiento, como el despliegue de sus capacidades, aspiraciones familiares, escolares, sociales, afectivas potenciando la satisfacción de sus necesidades básicas y socio afectivos.

2.2.2 Tipos de Maltrato infantil.

La literatura menciona múltiples formas de maltratar a los niños, que al mismo tiempo puede estar implícito varias formas de maltrato tales como:

Tabla 1-2: Tipos de maltrato infantil

Definición	
Maltrato físicos.	Es el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, que esté en peligro la salud, la supervivencia, el desarrollo y la dignidad del niño. Ejemplos: golpear, propiciar palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, quemaduras, envenenamientos y asfixia.
Maltrato emocional	Se desarrolla cuando el cuidador no brinda las condiciones adecuadas lo cual favorecen efectos adversos sobre la salud tanto en su esfera emocional así como en su desarrollo, que incluyen: las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, denigración, culpabilización, amenazas, intimidación, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, rechazo y otras variantes no físicas de rechazo o de trato hostil.
Abusos sexuales.	Es la participación de un niño para su gratificación sexual. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima.
Negligencia o abandono	Ocurre cuando uno de los padres u otro miembro de la familia, no toman medidas para satisfacer las necesidades básicas como: la alimentación, higiene, abrigo, salud, protección y educación, hogar y condiciones de vida seguras e incluso los cuidadores, rechazan deliberadamente sus obligaciones parentales.
Maltrato prenatal	Falta del cuidado del propio cuerpo durante el embarazo o auto suministro de sustancias o drogas que perjudican al feto.
Explotación laboral	Es el trabajo infantil de carácter obligatorio, con el objetivo de beneficio económico, que interfieren en las necesidades del niño.

Sumisión ante la enfermedad	Es cuando se somete a un niño a sustancias químicas sin necesidad médica. Por ejemplo el “Síndrome de Munchhausen por poderes”, trastorno psíquico adulto que simula enfermedades en el niño.
Corrupción	Es aquel que el niño está sometido a realizar conductas antisociales y desviadas que impiden su normal integración en la sociedad.
Incapacidad de control de la conducta del niño/a	Situaciones en que los padres o cuidadores manifiestan de forma clara su incompetencia para controlar y dirigir la conducta del niño hacia formas adaptativas.

Realizado por: Greta Vallejo 2016.

Fuente: Medina, 2015.

Según la organización mundial de la salud, en 1999, describe 4 tipos de maltrato infantil que son (Físico, sexual, emocional y negligencia).

Es fundamental establecer el tipo de maltrato, en la edad que este ocurre así como de su cronicidad, que son imprescindibles para emprender acciones frente a sus devastadoras consecuencias, que a largo plazo están marcadas por el maltrato psicológico.

2.2.3 Manifestaciones del maltrato y descuido de menores.

El maltrato y el abandono infantil, pueden manifestarse de formas variadas, donde se engloban actos de comisión y de omisión (abandono) por parte de un cuidador, sin embargo a pesar de las de las heridas físicas, las consecuencias psicológicas pueden persistir mucho más tiempo.

2.2.3.1 El lactante zamarreado.

Es una forma frecuente de maltrato que sufren los niños pequeños de manera especial los menores de 9 meses de edad, quienes efectúan este tipo de maltrato son los hombre y estos a su vez al propiciar mayo fuerza, puede producir:

hemorragias intracraneales, hemorragias retinianas, y pequeñas fracturas “astilladas” en las articulaciones de las extremidades y que estos maltratos también se pueden combinar con golpes. El total de lactantes fallecidos por haber sido sacudidos violentamente representa cerca de un tercio y que la mayoría de los sobrevivientes sufren consecuencias a largo plazo, como retraso mental, parálisis cerebral o ceguera (OMS y OPS 2003).

2.2.3.2 El niño golpeado.

Es aquel que presenta lesiones repetidas y graves en la piel, el aparato esquelético o el sistema nervioso. Como por ejemplo historia de niños con fracturas múltiples que se registran en diferentes fechas, traumatismos craneoencefálicos y traumatismo visceral grave, con indicios de un castigo repetido. Ventajosamente este tipo de maltrato es poco frecuente (OMS y OPS 2003).

El perpetrador del maltrato puede utilizar diferentes instrumentos para infligir lesión en un niño, que dejan marcas o siluetas reflejadas del instrumento utilizado, como se muestra en la Figura 1-2 y 2-2.

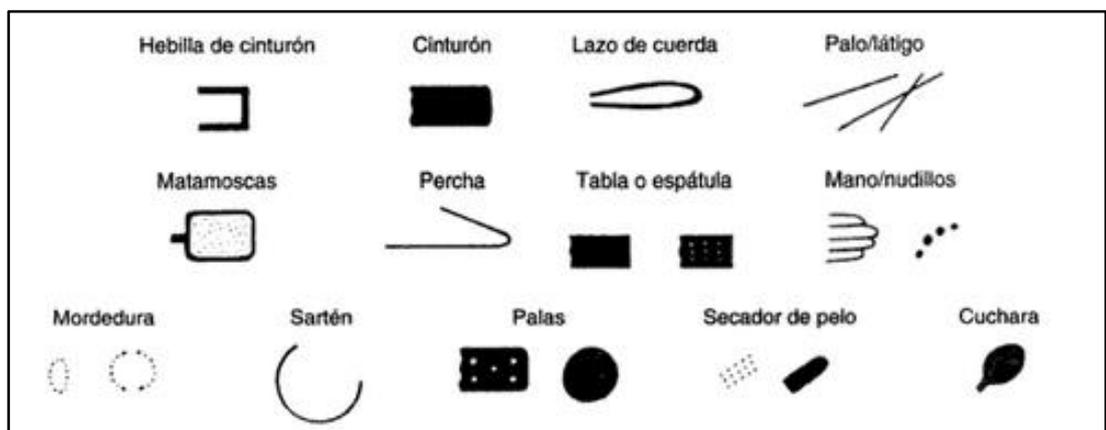


Figura 1-2 Marcas de instrumentos.

Fuente: Nelson, 2012

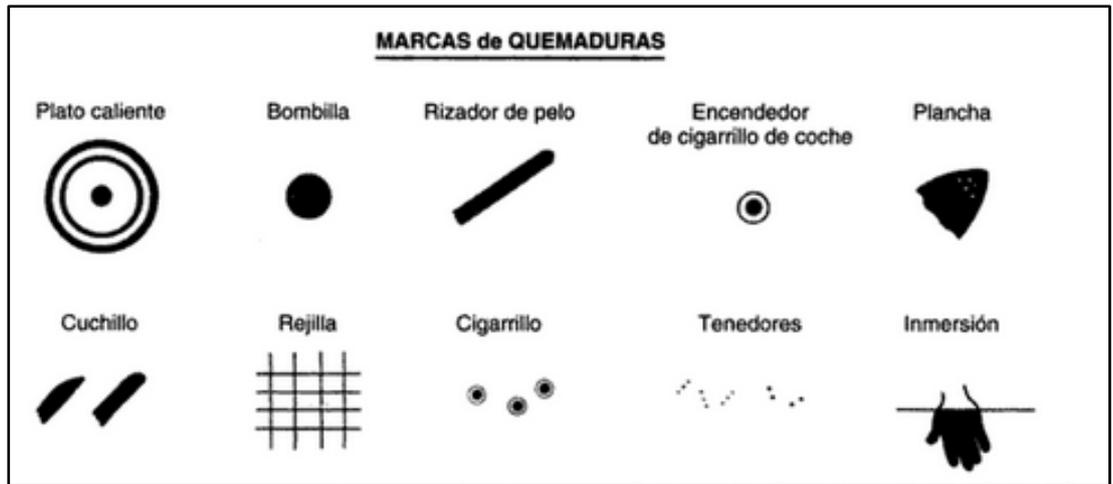


Figura 2-2 Marcas de quemaduras

Fuente: Nelson, 2012

2.2.3.3 Abuso sexual.

Los niños víctimas de este tipo de maltrato presentan síntomas de: lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conducta. Para detectar se requiere una gran suspicacia y estar familiarizados con los indicadores verbales, conductuales y físicos del abuso. Muchos niños revelan espontáneamente el abuso, aunque quizá también haya signos indirectos físicos o de conducta. (OMS y OPS 2003, p.67)

2.2.3.4 Descuido o Negligencia

Existen muchas manifestaciones del descuido a los menores tales como: el incumplimiento de las recomendaciones de atención de salud, no buscar la asistencia sanitaria apropiada, la privación de alimentos que produce hambre y la falta de progreso físico en el niño, desamparo, la supervisión inadecuada, la falta de higiene y ser privados de educación son elementos que se consideran signos de descuido. (OMS y OPS 2003, p.67)

Es importante detallar las manifestaciones de la negligencia, pues es un fenómeno muy común en las familias del grupo de estudio, pues las familias tienen un quintil de pobreza 1 y 2 los cuales representan factores de riesgos.

2.2.4 Consecuencias del maltrato infantil

Las consecuencias del maltrato infantil dependerán mucho de su resiliencia, la edad, el estado de desarrollo y la vulnerabilidad del infante que es sometido al tipo y a la intensidad del maltrato.

Cualquier tipo de violencia, en los primeros 10 años de vida, constituye un importante factor de riesgo para otras formas de violencia y problemas de salud a lo largo de la vida. Así por ejemplo un 6% de los casos de depresión, un 6% de abuso/dependencia de consumo de alcohol y drogas, intentos de suicidio en el 8%, trastornos de pánico 10%, trastornos de estrés postraumático 27%, todas estas alteraciones de salud tienen un origen que son los abusos sexuales en la infancia (OMS, 2006).

Tarullo (como se citó en Child Welfare Information Gateway, 2013) se ha comprobando que el abuso y la negligencia de menores causan que regiones importantes del cerebro no crezcan ni se desarrollen adecuadamente, resultando en problemas de desarrollo. Estas alteraciones en el crecimiento del cerebro tienen consecuencias a largo plazo para el desarrollo de capacidades cognitivas, de lenguaje y académicas y están relacionadas con trastornos de salud mental.

2.2.5 Mala salud física

En múltiples estudios se han reportado que existe una relación directa entre algunos tipos de maltrato de menores y la mala salud (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Felitti y Anda (como se citó en Child Welfare Information Gateway, 2013) refiere que los adultos que experimentaron abuso de niños son más propensos a sufrir de

enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares y del hígado, hipertensión, diabetes, asma y obesidad.

Widom, Czaja, Bentley y Johnson (como se citó en Child Welfare Information Gateway, 2013) citaron que los niños que experimentaron negligencia estaban a riesgo mas alto de diabetes y problemas pulmonares, mientras que el abuso físico incrementó el riesgo de diabetes y desnutrición.

Shin y Miller, 2012, (como se citó en Child Welfare Information Gateway, 2013) comprobaron que el maltrato de menores aumenta la obesidad en los adolescentes. Un estudio longitudinal encontró que niños que experimentaron negligencia tenían índices de masa corporal que incrementaron a una tasa mucho más rápida en comparación con niños que no habían sufrido negligencia.

2.2.6 Los costos que generan los maltratos

Xiangming, Brow, Florence, y Mercy en el 2012 (como se citó en Child Welfare Information Gateway, 2013) el costo de por vida del maltrato de menores y las fatalidades relacionadas en 1 año ascienden a \$ 124 mil millones, según un estudio financiado por los CDC. El maltrato de menores es más costoso anualmente que los dos principales problemas de salud, el derrame cerebral y la diabetes tipo 2.

Mercy, Saul, Turner y MacCarthy, en el 2011 (como se citó en Child Welfare Information Gateway, 2013), manifiestan que los programas que previenen el maltrato han demostrado ser más beneficiosos y menos costosos. El programa U.S. Triple P (Programa Parental Positivo) System Trial, financiado por los CDC, tiene una relación beneficio/costo de \$ 47 en beneficios para la sociedad por cada \$ 1 en costos del programa.

Prevent Child Abuse América calcula que las estrategias para la prevención del abuso y la negligencia de menores pueden ahórrale a los contribuyentes \$104 mil millones cada año. Según el Schuyler Center for Analysis and Advocacy (2010), por cada \$ 1 gastado en servicios de visita al hogar se obtiene un retorno

de %5.70 en la inversión en Nueva York. (Child Welfare Information Gateway, 2013)

2.2.7 Disciplina o castigo.

Son dos términos totalmente diferentes, pero muchas de las veces las personas encargadas de disciplinar a los niños establecen el castigo para imponer reglas y orden frente a las acciones “inadecuadas” de los niños.

Una persona que disciplina, es aquella que imparte información y ayuda a desarrollar un criterio, a establecer límites, a generar el autocontrol y una conducta social positiva, donde se resalte el valor personal de cada uno y lo que se espera de él.

Mientras tanto que la persona que castiga es aquella que refleja ira, o la desesperación del cuidador, con un poder de dominación, que no se adecuan a la edad y al desarrollo del niño, esta no es una forma correcta de disciplinar al niño, estudios sugieren que no es la forma correcta de conseguir un comportamiento deseado y de forma duradera.

Es fundamental disciplinar a los niños, con el objetivo de reorientar sus actitudes y adquieran las habilidades de autodisciplina a través de un período de “enfriamiento”, posterior al cual se reorienta al niño y se establezca normas y límites apropiadas para su edad y fase del desarrollo como por ejemplo ayudar a la resolución de sus problemas o restringir sus privilegios.

2.2.8 Factores de riesgo para maltrato infantil.

Está claro que ningún factor de riesgo puede explicar por si solo el comportamiento violento de las personas hacia los niños, los factores que pueden agravar la susceptibilidad al maltrato infantil, se conocen con el nombre de “factores de riesgo” y cuyas familias que se diagnostican deberían tener prioridad para la prestación de servicios (OMS, 2009).

2.2.8.1 Concepto de factor de riesgo.

Álvarez (2014) afirma. “Es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. La presencia del riesgo aumenta la probabilidad del daño, su ausencia, la disminuye” p.167.

Según la (ONU, 2006) define que el factor de riesgo “es análogo al de los factores que incrementa la posibilidad de ocurrencia de un hecho violento”. (p.26)

Para identificar los factores de riesgo en el maltrato la literatura menciona diversas teorías y modelos para explicar el origen del maltrato dentro de la familia. El modelo explicativo más ampliamente adoptado es el modelo ecológico, que hace referencia a cuatro factores de riesgo del maltrato infantil tales como:

Tabla 2-2: Factores de riesgo según el nivel ecológico.

<p>Factores de riesgo individuales:</p> <p>a) en padres y cuidadores.</p>	<p>Cuando existen ciertos factores es mayor el riesgo, pero estos se agravan cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultades para establecer vínculos con un recién nacido, por ejemplo como consecuencia de un embarazo difícil, de complicaciones durante el parto o de su desilusión con respecto al niño; • No parece estar en condiciones de atender al niño; • Fue maltratado en su infancia; • El hecho de no cuidar al niño; • No tienen conciencia del desarrollo evolutivo del niño y además mantiene expectativas irreales que le impiden comprender sus necesidades y comportamientos del niño, por ejemplo cuando interpreta su mal comportamiento como una actitud intencional, y no como una etapa de su desarrollo; • Responde frente al niño con castigos o medidas inapropiados, excesivos o violentos; • Aprueba el castigo físico como medio para disciplinar a los niños, o cree en su eficacia; • Inflige castigos físicos para disciplinar a los niños;
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Padece problemas de salud física o mental, o deficiencias cognitivas que interfieren en su capacidad para ejercer la función parental; • No sabe controlarse cuando se irrita o enfada; • Practica un consumo inadecuado de alcohol o estupefacientes, en particular durante el embarazo, que afecta a su capacidad para ocuparse del niño; • Participa en actividades delictivas que afectan negativamente la relación entre progenitor e hijo; • Vive aislado de la sociedad; • Está deprimido o abriga sentimientos de baja autoestima o de ineptitud, que pueden agravarse si no está en condiciones de responder cabalmente a las necesidades del niño o de la familia; • Manifiestamente no es apto para ejercer la paternidad, por ser demasiado joven o • por no haber sido enseñado; • Atraviesa dificultades económicas. (OMS, 2009, p. 14)
<p>b) Factores de riesgo en el niño.</p>	<p>No hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato, que puede estar presente cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son menores de 4 años y en la adolescencia; • Son hijos no deseados • El sexo es no deseado • No son deseados • No cumplen las expectativas de los padres; por ejemplo debido a su sexo, a su aspecto, a su temperamento o a alguna anomalía congénita; • Tienen necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales, sin que sea fácil acallarlos; • Requieren de mucha atención en sus primeros años, por haber nacido prematuramente, llorar

	<p>constantemente, estar discapacitado mental o físicamente o padecer una enfermedad crónica, hiperactividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen rasgos físicos (por ejemplo, anormalidades faciales) repulsivos para el progenitor, que reacciona apartándose del niño; • Presentan alteraciones de personalidad (por ejemplo hiperactividad, o impulsividad); • Ha nacido de un parto múltiple, y sus padres tienen dificultades para atenderlo; tiene un hermano o hermanos (posiblemente de edad cercana a la suya) que acaparan la atención de los padres; • Exhibe o es propenso a exhibir problemas de comportamiento peligrosos, por ejemplo en forma de violencia hacia su pareja, comportamiento delictivo, autoabusos, abusos a animales, o agresividad persistente hacia otros niños. (OMS, 2009, p. 15)
Factores relacionales.	<p>Sean estas familiares, de pareja, los amigos y los colegas que pueden manifestarse en maltrato infantil por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia o fracaso de los vínculos entre el progenitor y el niño; • Problemas de salud física, de inmadurez o de salud mental de algún miembro de la familia; ruptura familiar, por ejemplo a causa de problemas matrimoniales o de pareja que ocasionen la inestabilidad mental del hijo en la infancia o en la edad adulta, • Infelicidad, sentimiento de soledad, tensión, o disputas sobre su custodia; • Violencia en la familia, entre los padres, entre los niños, o entre padres e hijos; • Adopción de roles de género o de pareja

	<p>irrespetuosos con una o más integrantes del hogar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social; • Inexistencia de una red de apoyo que ayude en las situaciones difíciles o tensas de una relación; • Interrupción de la ayuda prestada por la familia para la crianza del niño; • Discriminación contra la familia por razones de raza, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o forma de vida; • Participación en actividades delictivas o violentas en el ámbito comunitario; • La pérdida del apoyo de la familia extensa, para criar al niño. (OMS, 2009, p. 16)
Factores comunitarios.	<p>Existen diversas características de las comunidades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia de la violencia; • Las desigualdades sociales y de género; • La falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; • Carencia de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones, o para atender a determinadas necesidades especiales; • Altos niveles de desempleo; • Los niveles elevados de desempleo o pobreza; • Niveles nocivos de plomo u otras sustancias tóxicas en el medio ambiente; • Cambios de entorno frecuentes; • Fácil acceso al alcohol; • Comercio de estupefacientes en el entorno cercano; <p>Políticas y programas institucionales inadecuados que propician el maltrato infantil (OMS, 2016).</p>
Factores sociales.	<p>Estos pueden contribuir a la incidencia del maltrato infantil son:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuadas políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas. • Normas sociales y culturales que promueven o glorifican la violencia hacia los otros, y en particular los castigos físicos, tal como se trasluce en los medios de comunicación, la música popular o los videojuegos; • Normas sociales y culturales que imponen unos roles de género rígidos para varones y hembras; normas sociales y culturales que rebajan la importancia del niño en las relaciones entre padres e hijos; • Existencia de pornografía infantil, prostitución infantil o trabajo infantil.
--	---

Realizado por: Greta Vallejo 2016.

Fuente: Organización Mundial de la salud, 2009, 2016.

La detección del maltrato infantil, tiene una gran barrera que dificulta su diagnóstico, porque los niños se desarrollan dentro del entorno familiar por lo que se mantiene encubierto así la negligencia que está determinada por falta de capacidad de los padres para el cuidado de sus hijos.

Ante esta grave problemática como Atención Primaria de Salud es fundamental realizar acciones de promoción de salud y prevención orientadas a las familias con niños, para prevenir complicaciones y secuelas de estos malos tratos generados dentro del seno familiar, que es el lugar donde su entorno familiar debe brindar todos los cuidados y atenciones que demandan los niños.

El Banco Interamericano de desarrollo hace referencia a tres factores de riesgos:

Individuales	Hogar	Comunidad-Sociedad
Demográficos (edad, género)	Tamaño-Densidad del Hogar	• Mercados (legales o ilegales) de armas y drogas
Biológicos	Estructura, Dinámica y Normas del Hogar	Violencia en los Medios de Comunicación
Exposición Temprana a la Violencia	Historia de Violencia Familiar	Efectividad Instituciones Privadas y Públicas de Control Social
Nivel Socioeconómico y Educacional		Normas Culturales
Situación Laboral		Tasa de Crimen del Vecindario
Abuso del Alcohol y Drogas		Nivel Socioeconómico del Vecindario
		Características Ambientales del Vecindario
		Historia de Violencia Social
		Nivel de Desigualdad

Figura 3-2 Factores de riesgos individuales, hogar, comunidad – sociedad

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo, Buvinic y Morrison, 2000

Existe otro modelo que fue explicado por Belsky en el año de 1993, que son los modelos de la segunda generación, dentro del cual se realiza una integración de sistemas tanto micro, sexo y macro, que se detalla a continuación:

Tabla 3-2: Modelo explicativo de los factores de riesgo, según Belsky, 1993.

Desarrollo ontogenético	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
<ul style="list-style-type: none"> - Historia de malos tratos (rechazo emocional, negligencia, agresiones, etc) - Historia de disarmonía y ruptura familiar - Trastornos emocionales - Ignorancia sobre las características evolutivas de niño y sus necesidades. 	<p>MADRE/PADRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica (física y mental) - Drogas/alcohol - Impulsividad - Soledad - Falta de tolerancia al estrés - Falta de habilidades para hacer frente a conflictos <p>NIÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prematuro, bajo peso al nacer - Discapacidad 	<p>TRABAJO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempleo - Insatisfacción - Conflictos <p>VECINDARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Falta de apoyo social, profesional e institucional - Rechazo social - Vecindario peligroso <p>NIVEL SOCIO-ECONOMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrés económico 	<p>SITUACION ECONOMICO – SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis económica y de bienestar social <p>IDELOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actitudes ante la infancia, la mujer, la paternidad y la maternidad - Prácticas educativas y disciplinarias - Actitud ante la violencia

	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades frecuentes - Problemas de conducta <p>INTERACCIONES PAREJA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desajuste - Estrés - Conflicto, violencia - Rupturas frecuentes <p>INTEREACCIONES PADRES/HIJOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disciplina coercitiva - Expectativas desajustadas - Ciclo de coerción <p>ESTRUTURA FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevado número de hijos <p>VIVIENDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacinamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Inseguridad - Inestabilidad <p>MOVILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de raíces y de relaciones estables 	
--	---	---	--

Realizado por: Greta Vallejo 2016.

Fuente: Moreno, 2006.

2.2.9 Prevención del maltrato infantil.

La prevención del maltrato infantil, pese a la magnitud del problema aun no es una prioridad para la mayoría de los estados a pesar de la creciente consciencia y su elevado costo social que esta genera. Este flagelo mundial se ve cada vez más agravado, debido a la falta de prevención dentro de las políticas sanitarias, la mismas que propicia en el niño maltratado una calidad de vida deficiente por sus graves efectos que puede perdurar toda la vida.

Mientras que en casi todo el mundo se proclama que la prevención del maltrato de menores es una política social importante, sorprendentemente se ha hecho muy poco para investigar la eficacia de las intervenciones preventivas. La gran mayoría de los programas se concentran en las víctimas o causantes del maltrato y descuido de los menores; muy pocos hacen hincapié en estrategias de prevención primaria encaminadas a impedir que aquello se produzca. (OMS y OPS, 2003, p.77)

La violencia contra los menores, quizá es la violencia más infame que se produce en el seno familiar, debido a la situación de dependencia, prácticamente absoluta, de los infantes respecto de sus padres y responsables, por lo que es fundamental tener prevención de atender a los responsables del cuidado de los niños (Vicente y Navalón, 2014).

En relación con el maltrato infantil es fundamental, la Prevención. La prevención tiene por objeto reducir la incidencia del maltrato infantil o, como mínimo, reducir la tasa de aumento de su incidencia, para lo cual existen diferentes tipos de prevención (Vicente y Navalón, 2014).

Prevención primaria: Se realiza con el objeto de evitar la presencia de factores predisponentes o de riesgo y potenciar los factores protectores.

Prevención secundaria: Son servicios dirigidos a las familias con factores de riesgo identificados con necesidad de más apoyo, con el objeto de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.

Prevención terciaria: son servicios especializados que se ofrecen una vez que se ha detectado el maltrato infantil, para reparar el daño y prevenir la revictimización.

2.2.9.1 Importancia de la prevención primaria.

La prevención primaria es la prevención más importante porque es la que evita sufrimientos y situaciones de vulnerabilidad a niños y niñas, que se puede realizar desde la Atención Primaria de Salud, a través de las recomendaciones que realizan los últimos estudios como las visitas domiciliarias y entre otras como:

- Sensibilización y formación de los profesionales que trabajan en relación con la infancia.
- Información a los padres sobre las necesidades de sus hijos en cada etapa evolutiva y formación en habilidades para el cuidado de los hijos y el desarrollo de las relaciones educativas y efectivas con ellos.

- Prevención de embarazos no deseados, principalmente en mujeres jóvenes y menores de 18 años.
- Información a los niños y niñas para que reconozcan situaciones abusivas.
- Identificación de factores, situaciones y familias de riesgo y establecimientos de servicios y recursos para potenciar los factores protectores.
- Sensibilización social para procurar la tolerancia cero ante el maltrato infantil y promover la conciencia de que el bienestar infantil es responsabilidad de todos.
- Reducción de desigualdades económicas y sociales, especialmente la reducción de la pobreza (Vicente y Navalón, 2014).

2.2.9.2 Acciones que se deben realizar en la prevención secundaria y terciaria.

Detectar y abordar lo antes posible las situaciones de maltrato, buscar y aplicar los recursos más adecuados para la situación del menor, reparar en las mejores condiciones el daño y evitar que el proceso de intervención se produzca una revictimización. Formar a los profesionales para identificar:

- Situaciones de abandono y trato negligente y maltrato en los niños y niñas
- Situaciones de violencia doméstica, alcoholismo, drogadicción o enfermedad mental en los padres
- Conductas paternas de disciplina inapropiada
- Establecer Protocolos de identificación y notificación de situaciones de riesgo o maltrato
- Establecer estructuras de cooperación y coordinación para la detección, evaluación y abordaje de situaciones de maltrato infantil
- Establecer los recursos necesarios para dar la respuesta más acorde con las necesidades de los niños y niñas en cada situación
- Ofrecer a las familias que lo necesiten una ayuda multidisciplinaria e inter-institucional (Vicente, Navalón, 2014).

Existen múltiples estrategias para prevenir el maltrato tales como: el apoyo a la familia (capacitación para la crianza de los hijos, las visitas familiares y otros programas de apoyo a la familia, servicios intensivos de protección a la familia); estrategias de los servicios de salud (la detección de los profesionales de la asistencia sanitaria,

capacitación para los profesionales de la salud); estrategias terapéuticas; recursos jurídicos; servicios de protección a los niños y actividades comunitarias (OPS y OMS, 2003).

2.2.9.3 Necesidades de la infancia.

En la primera etapa de la infancia es fundamental cubrir las necesidades de los niños, tanto biológicas, psicológicas y sociales, su ausencia puede conllevar a graves consecuencias.

Estas necesidades son las siguientes:

- Necesidades físico-biológicas tales como: alimentación, sueño, higiene, temperatura, integridad física y protección de riesgos, ejercicio.
- Necesidades cognitivas: estimulación sensorial, exploración, comprensión de la realidad, adecuación de un sistema de valores y normas.
- Necesidades emocionales: seguridad afectiva, identidad psicosexual, autoestima, creación de vínculos amorosos.
- Necesidades sociales: red de relaciones, interacción con los demás, participación y autoestima progresivas (Tabera, 2010).

Las primeras necesidades, son claramente aceptadas por todos, pero es fundamental resaltar la necesidad de protección frente a números peligros reales como los accidentes en el hogar (principal causa de mortalidad infantil en Occidente), y el maltrato.

2.2.9.4 Estrategias de prevención del maltrato.

Las estrategias de prevención del maltrato infantil tienen por objeto reducir las causas últimas y los factores de riesgo y reforzar los factores de protección, con el fin de elevar el conocimiento en las cuidares de niños/as menores de 10 años.

Para romper este ciclo y disminuir las consecuencias a largo plazo como las enfermedades crónicas no transmisibles que son unas de las principales causas de

morbimortalidad, se debe continuar desarrollando e implementando estrategias para prevenir el abuso o la negligencia. Aunque los expertos coinciden que el maltrato infantil es complejo, pero deber ser más la voluntad política, social, familiar y comunitaria para desarrollar iniciativas de prevención que aborden los factores de riesgos conocidos. (Child Welfare Information Gateway, 2013).

En el diseño de las políticas, es fundamental tener en cuenta la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la violencia infantil de manera integral, considerando simultáneamente tanto los factores de riesgos individuales, del hogar, en la comunidad y la sociedad en general (ONU, 2006).

La Atención Primaria de Salud, al constituir el primer nivel de atención médica, y al establecer una relación directa con las familias es posible desarrollar este tipo de estrategias, pues el grupo de estudio existen múltiples factores de riesgos a los que están expuestos los menores.

Según la (OMS, 2009), propone las siguientes estrategias para prevenir el maltrato infantil, aunque asegura que no son exhaustivos, pero permiten ilustrar las distintas posibilidades.

Nivel de la intervención	Estadio de desarrollo			
	Lactancia (menores de 3 años)	Infancia (de 3 a 11 años)	Adolescencia (de 12 a 17 años)	Edad adulta (18 años o más)
Nivel social y comunitario	<p>Introducción de reformas jurídicas y cumplimiento de los derechos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Plasmación de la Convención sobre los Derechos del Niño en leyes de ámbito nacional Reforzamiento de los sistemas policial y jurídico Promoción de los derechos sociales, económicos y culturales <p>Introducción de políticas sociales y económicas beneficiosas</p> <ul style="list-style-type: none"> Prestación de servicios de educación y atención para la primera infancia Educación primaria y secundaria universal Adopción de medidas para reducir el desempleo y atenuar sus consecuencias adversas Inversión en sistemas de protección social adecuados <p>Modificación de las normas sociales y culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> Modificación de las normas sociales y culturales que permiten la violencia contra niños y adultos <p>Reducción de las desigualdades económicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Lucha contra la pobreza Reducción de las desigualdades de ingresos y entre géneros <p>Reducción de los factores de riesgo medioambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> Restricciones a la disponibilidad de alcohol Observación continua de los niveles de plomo, y eliminación de toxinas medioambientales 			
				<p>Centros de acogida y de crisis para mujeres maltratadas y para sus hijos</p> <p>Formación de profesionales de atención sanitaria para identificar adultos que hayan sobrevivido al maltrato infantil y remitirlos a otros servicios</p>
Relación	<p>Programas de visita al hogar</p> <p>Formación en las funciones parentales</p>	<p>Formación en las funciones parentales</p>		
Individuo	<p>Reducción del número de embarazos no deseados</p> <p>Mayores facilidades de acceso a los servicios prenatales y postnatales</p>	<p>Orientación a los niños para que puedan reconocer y evitar posibles situaciones abusivas</p>		

Figura 4-2 Nivel de intervención según el estadio de desarrollo

Fuente: Organización Mundial de la Salud. 2009

Bustelo (como se citó en El Observatorio de los derechos de la niñez y la adolescencia, 2011) refiere que el límite del cumplimiento de los derechos de la niñez y de la adolescencia es el de la ciudadanía social de sus padres, madres y familias. Aun cuando existiese un sistema de protección de la niñez y adolescencia, éste, en sí mismo, no sería capaz de crear las condiciones necesarias para garantizar los derechos universales. Esto se debe a que mientras no esté garantizada la protección social para toda la población, no será posible sólo generarla para la infancia. Si la niñez y la adolescencia son una

categoría histórica, entonces, es fundamental el poder configurador del Estado y su institucionalidad como garante de una política pública respecto a los derechos de este grupo social.

2.2.9.5 *Implantación de programas de visita al hogar.*

Tabla 4-2: Implantación de programas de visita al hogar.

Los programas de visita al hogar, que llevan los recursos de la comunidad a las familias en el propio hogar, han resultado eficaces en la prevención del maltrato infantil, según el meta análisis (Tipo I), con Recomendación B (Soriano, 2009).

Recientemente, en Estados Unidos, un estudio revela en promedio una disminución del 40% en el maltrato infantil infligido por padres u otros miembros de la familia que participan en los programas de visita al hogar (OMS, 2009).

Durante las visitas al hogar se ofrece información y apoyo, además de otros servicios encaminados a mejorar el funcionamiento de la familia. En algunos, las visitas recaen en todas las familias, con independencia del nivel de riesgo. En otros, se circunscriben a las familias en que existe riesgo de violencia, como en el caso de los padres primerizos o solteros, o de los padres adolescentes que viven en comunidades pobres (OPS y OMS, 2003).

Las investigaciones actuales sobre la eficacia de estos diferentes modelos indican que los programas más efectivos contienen los elementos siguientes:

Un interés especial por las familias más necesitadas de servicios (frente a los programas en que se visita a todas las familias, sea cual sea su nivel de riesgo), particularmente cuando en ellas hay:

- lactantes de bajo peso al nacer y prematuros;
- niños con enfermedades crónicas y discapacidades;
- madres solteras muy jóvenes y con escasos ingresos;

— un historial de consumo inapropiado de sustancias;

- Intervención social ya desde el embarazo hasta, como mínimo, el segundo y, posiblemente, hasta el quinto año de edad del niño;
- Flexibilidad en la duración y frecuencia de las visitas y en los tipos de servicios prestados, con el fin de adaptarlos a las necesidades y niveles de riesgo a que esté expuesta la familia;
- Fomento activo de comportamientos positivos con respecto a la salud física y mental, y de determinadas características de los cuidados dispensados al lactante;
- Diversificación de las perspectivas adoptadas para abordar las necesidades específicas de la familia, en lugar de centrarse en un aspecto concreto, como el aumento de peso del recién nacido o la reducción de los abusos al niño;
- Medidas encaminadas a aliviar la tensión en el seno de la familia mediante una mejora del entorno social y físico;
- Utilización de enfermeras o de semiprofesionales con formación (OMS, 2009, p.41)

Realizado por: Greta Vallejo 2016.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009.

2.2.9.6 Programas de formación parental.

El objetivo de estos programas es educar a los padres en el desarrollo de sus hijos y ayudarlos a mejorar su aptitud para controlar el comportamiento de éstos (OMS, 2009).

Los programas pueden aplicarse en el hogar o en otros lugares (por ejemplo, escuelas o clínicas) en los que sea posible entrar en contacto con los padres futuros y recientes, actualmente crece la impresión de que la educación y formación de todos los padres o futuros padres podría ser beneficiosa (OMS, 2009).

La evaluación de los programas de formación destinados a los padres, relacionados a la violencia juvenil son prometedoras, pero son pocos los estudios que han abordado

específicamente sus efectos sobre las tasas de maltrato infantil. Los programas de formación parental, se describe en la Figura 5-2.

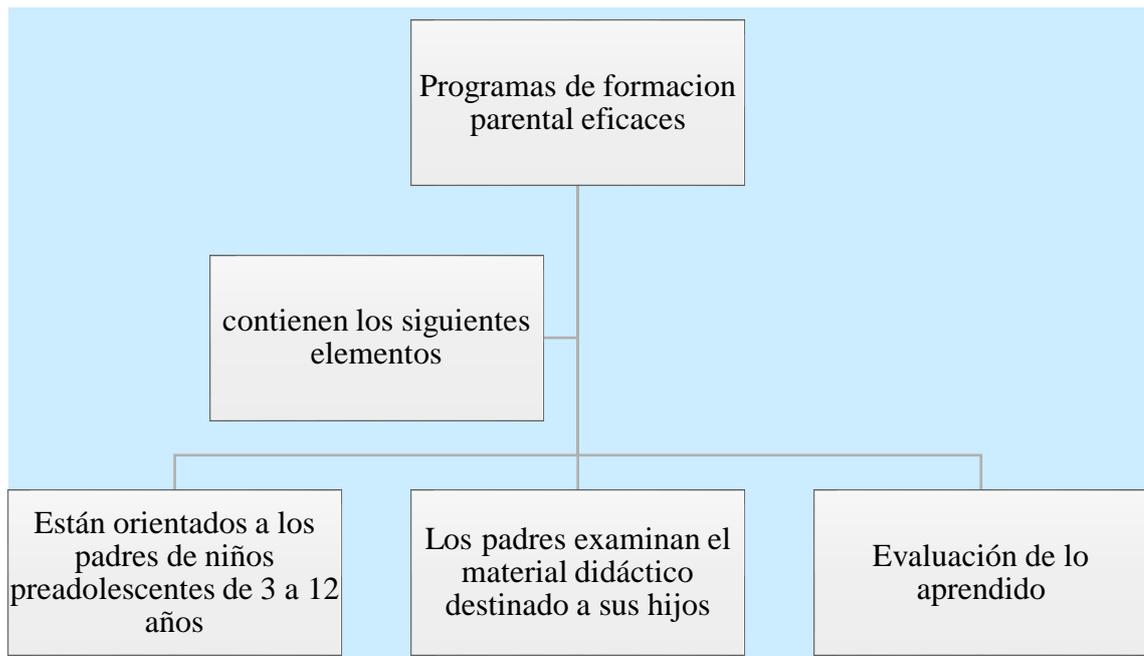


Figura 5-2. Programas de formación parental eficaces

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009

La enseñanza de los cuidados del niño procede paso a paso, y cada enseñanza aprendida sirve de base para la siguiente.

“Además, se ha constatado que tales programas contienen los elementos básicos de unas pautas apropiadas de cuidados al niño, en la medida en que:

- Identifican y registran los comportamientos problemáticos en el hogar;
- Utilizan técnicas de reforzamiento positivo, por ejemplo mediante elogios y sistemas de puntuación;
- Aplican métodos de disciplina no violentos, como la supresión de privilegios o de permisos para salir;
- Supervisan y monitorizan el comportamiento infantil;
- Utilizan estrategias de negociación y de resolución de problemas” (OMS, 2009).

2.2.9.7 Factores de protección

Del mismo modo que hay factores que agravan la susceptibilidad del niño y de la familia

al maltrato infantil, hay también otros que pueden aportar un elemento de protección.

Lamentablemente existen pocas investigaciones referentes al tema. Algunos de los factores que parecen facilitar esta característica según la (OMS, 2009, p. 17) son:

Tabla 5-2: Factores de protección

<ul style="list-style-type: none">• Vinculación sólida del lactante a un familiar adulto;• Buena atención de los padres durante la infancia;• Alejamiento de los círculos de delincuencia o del abuso de sustancias;• Una relación afectuosa y de apoyo de un progenitor respetuoso;• Ausencia de tensiones causadas por abusos.
--

Realizado por: Greta Vallejo 2016.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009

Varios estudios han evidenciado que vivir en comunidades unidas por una fuerte cohesión social conlleva un efecto protector y puede reducir el riesgo de violencia, incluso en presencia de otros factores de riesgo familiares. (OMS, 2009, p. 17)

De acuerdo al documento de “Prevención del Abuso Infantil”, para su abordaje dentro de los espacios familiares se debe recordar que:

a) los padres serían menos abusadores si pudieran comprenderse mejor a sí mismos así como en cuanto al papel que tienen que asumir en su calidad de padres; b) los padres abusarían menos si ellos tuvieran conocimientos más específicos sobre la mejor forma de cuidar de sus hijas e hijos; c) los padres serían menos abusivos si contaran con mayores recursos disponibles para ellos en términos de apoyo económico y social para llevar a cabo un conjunto determinado de acciones y finalmente, d) abusarían menos si tuvieran acceso a redes de servicios y apoyo para compensar las limitaciones individuales o situacionales ante eventos ambientales. (ONU, 2006, p.29)

Por tal motivo demanda una intervención integral, para los diferentes tipos de riesgos y carencias que se identifiquen en las familias con niños/as.

En el presente trabajo, se describe una serie de conceptos clave, que facilitará la comprensión de la información teórica y práctica que se describe a continuación.

2.2.10 El Conocimiento.

El conocimiento está integrado por tres elementos: el sujeto o persona que conoce, el objeto del conocimiento y la relación que se establece entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido.

2.2.10.1 Clasifica del conocimiento.

Conocimiento natural: También conocido como vulgar, popular, ordinario, empírico, este se produce por la captación de fenómenos que circundan al hombre, sin tener una explicación de las causas que lo producen.

Conocimiento científico: denominado como racional o filosófico, es aquel que adquiere el ser humano a través del método y la razón, descubre las causas y principios de las cosas. Este conocimiento es original y de primera mano.

Conocimiento extracientífico: es el conjunto de explicaciones provisionales que el hombre ha dado, sobre los fenómenos que escapan a su entendimiento, está dentro del pensamiento mágico, la parasicología y la “ciencia” ficción.

Según (Flores, M & Melendez, C, 2012) refiere que “el conocimiento es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona”.

La palabra conocimiento es ampliamente empleada en nuestros tiempos, se puede escuchar frecuentemente expresiones como "el hombre moderno posee amplios

conocimientos", "en comparación con fines del siglo pasado, nuestros conocimientos han aumentado decenas de veces", "cometió el error por no tener conocimiento de esa norma". Como se puede observar el significado del vocablo cambia según el contexto y circunstancias en que se usa. Todos los conocimientos que disponemos corresponden de algún modo a determinados fenómenos, procesos, acciones y tipos de actividad de las personas.

Tipos de conocimientos describiendo a cada uno de ellos.

- El conocimiento descriptivo: Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; como almacenar imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones.
- Conocimiento conceptual: Consiste en captar un objeto dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.
- Conocimiento teórico: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal. (Flores, & Melendez, 2012)

2.2.11 Estrategia de intervención educativa.

Una educación para la salud, efectiva, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos de forma voluntaria. (García et al, 1999, p.38)

Vygotske (como se citó en Beltrán y Bueno, 1995) los procesos mentales aparecen dos veces en la vida de una persona, primero en el plano interpersonal o social, y luego y luego en el plano intrapersonal o psicológico.

La estrategia tiene como objetivo un proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado real hasta un estado deseado. La estrategia ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos y tener impacto en la población sujeta de estudio, que permitan cambios en los estilos de vida, para mejorar o recuperar su salud.

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos, que se realiza con la finalidad de transformar la situación existente e implica un proceso de planificación, organización, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de los objetivos planteados. (Llanes y Júztiz).

Las estrategias deben ser conscientes, realistas de la problemática de salud identificadas, con el objetivo de brindar soluciones a los problemas, a través de instrumentos que permite al sujeto actuar de una manera diferente, respecto a la percepción del mundo que tiene, es decir transformar la situación actual a través de las técnicas y procedimientos, en actuaciones positivas.

Toda intervención tiene en su base la idea del cambio intencionalmente provocado, pero ello supone: el diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento (Ravenet, 2003).

Para el diseño de la estrategia de intervención educativa, es fundamental identificar el grupo de estudio, realizar el seguimiento de las actividades, análisis de la evaluación y difusión de los resultados (OMS, 2009)

Existen dos formas de prevención de maltrato infantil, la primera orientadas a la familia y la segunda a los profesionales de la salud que se analizan a continuación (OPS y OMS, 2003), afirma que:

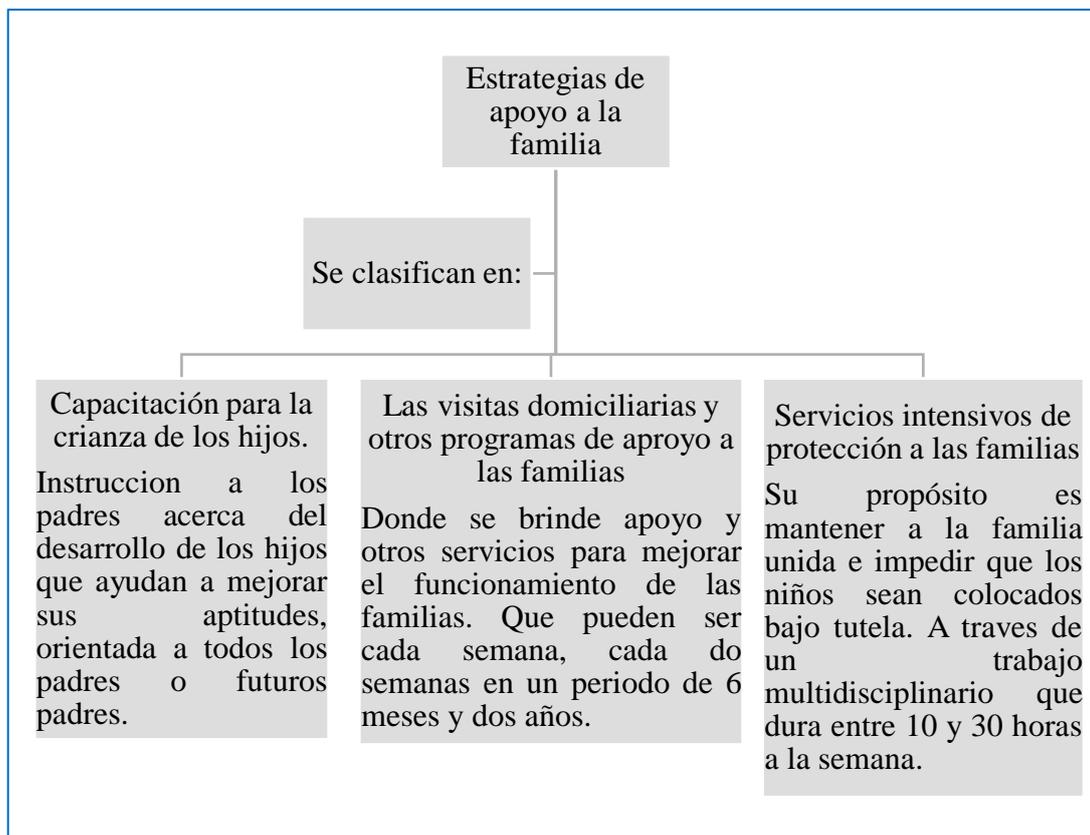


Figura 6-2. Estrategia de apoyo a la familia

Fuente: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2003

Por ejemplo el Centro de Padres en Ciudad de Cabo (Sudáfrica). Se visita a las familias mensualmente durante el período prenatal, semanalmente durante los dos primeros meses posteriores al nacimiento, luego cada dos semanas durante dos meses más, y después mensualmente hasta que el niño cumpla los seis meses de edad. En ese momento las visitas pueden seguir o se terminan. (OMS y OPS, 2003, p.78)

Los resultados del conocimiento sobre la salud deben jugar un papel normativo de crítica que defienda valores, más que políticas concretas. “Considerar la racionalidad de los fines sociales, no quiere decir absolutizar ninguno de ellos, sino más bien corromper la fe en el carácter absoluto de alguno de ellos. (Ravenet, 2003, p.327)

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Se realizó una investigación no experimental y aplicada, por el interés en la aplicación de los resultados de manera inmediata en la solución del problema objeto de la investigación (Artiles, Iglesias y Barrios, 2008), con enfoque cuantitativo y un diseño de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

Clasificación de la investigación: Según el alcance de los resultados se realizó una investigación aplicada (Artiles, 2008).

Enfoque de la investigación:

Diseño del estudio: el tipo de estudio es correlacional, con un nivel descriptivo.

3.2 Localización y temporalización: Barrio Gruta de Lourdes de la ciudad de Riobamba, perteneciente al Distrito Chambo – Riobamba, Provincia Chimborazo en el período comprendido desde enero a junio 2016.

3.3 Población de estudio: La población de estudio estuvo constituida por todo el universo que comprendió treinta y cuatro (34) cuidadores con 53 niños menores de 10 años.

Criterios de inclusión:

1. Cuidador: se considerará a la persona que esté 14 horas del día, lo que representa el 60% del tiempo a la atención de los niños menores de 10 años. (Criterios de cuidadores)
2. Consentimiento informado para participar en este estudio.
3. Residir en la comunidad de la Gruta de Lourdes al momento del estudio.

Criterios de exclusión:

1. Presentar alguna enfermedad invalidante o discapacidad intelectual.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 Identificación

1. Variable dependiente: conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil
2. Variables independientes: edad, identificación, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, número de hijos menores de 10 años.

Para dar salida a la variable de conocimiento se establecieron 3 (tres) dimensiones que corresponden al conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil en las cuidadoras.

1. Conocimiento sobre maltrato infantil
2. Conocimientos sobre factores de riesgo para maltrato infantil
3. Conocimiento sobre formas de prevención de maltrato infantil

3.4.2 Operacionalización de las variables

Tabla 1-3: Matriz de operacionalización de variables biológicas-sociales.

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad de los cuidadores	Cuantitativa discreta	15 – 19 20 – 39 40 – 64 ≥ 65 años	Se tendrá en cuenta según la edad de los cuidadores	Número y % de cuidadores según la edad
Identificación	Cualitativa nominal	Mestizo Indígena Blanco	Según identificación registrada por el investigador	Número y % de cuidadores según identificación,
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión estable Separada Divorciada Viuda	Se tendrá en cuenta según categoría de precepción por los cuidadores y la cedula	Número y % de cuidadores según estado civil.

Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Se tendrá en cuenta según el último año cursado, teniendo en cuenta los niveles de educación vigentes en el país.	Número y % de cuidadores según nivel de escolaridad.
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Estudia Trabaja Jubilada	Se tendrá en cuenta según la ocupación del cuidador.	Número y % de cuidadores según la ocupación
Número de hijos menores de 10 años.	Cuantitativa discreta	1-2 hijos 3-5 hijos 5 o más hijos	Se tendrá en cuenta el número de hijos independientemente si son biológicos o no	Número y % de hijos

Tabla 2-3: Matriz de operacionalización de variables según conocimiento.

Conocimiento sobre maltrato infantil.	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuestas a un conjunto de preguntas sobre: Cuándo responde el 60% y más de la pregunta realizadas. Cuando responde menos del 60% de la pregunta realizadas.	Número y porcentaje de cuidadores con adecuado conocimiento de Maltrato infantil.
Conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil.	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuestas a un conjunto de preguntas sobre: Cuándo responde el 60% y más de las preguntas realizadas. Cuando responde menos del 60% de las preguntas seleccionadas.	Número y porcentaje de cuidadores con adecuado conocimiento sobre los factores de riesgo de maltrato infantil.

Conocimiento sobre prevención del maltrato infantil.	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuestas a un conjunto de preguntas sobre: Cuándo responde el 60% y más de las preguntas realizadas. Cuando responde menos del 60% de las preguntas realizadas.	Número y porcentaje de cuidadores con adecuado conocimiento sobre prevención del maltrato infantil.
--	---------------------	---------------------------------------	---	---

3.5 Etapas de la investigación

En una primera etapa, se estableció comunicación con las participantes, los cuales recibieron una breve explicación sobre la naturaleza del estudio y la confidencialidad con que se manejarán los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado. (Anexo A)

Con la aplicación del cuestionario en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables biológicas-sociales seleccionadas dando salida al primer objetivo específico y se determinó el conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil en los cuidadores de los infantes, dando salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil y las variables biológicas-sociales seleccionadas que dio salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo de maltrato infantil de niñas/as menores de 10 años, que incluyó acciones de información, educación para la salud.

3.6 Procedimientos de recolección de información

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte del investi-

gador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, el que fue sometido a consideración de un grupo de expertos y pilotaje de prueba con veinte 20 cuidadores mayores de 15 años, con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el objetivo de valorar su inteligibilidad y aceptación.

3.6.1 Características del instrumento.

Se utilizó el cuestionario como instrumento de evaluación. El cuestionario fue estructurado en dos partes, una parte inicial que recogió las variables biológicas-sociales y una segunda parte conformado por un test de conocimientos que consta de tres dimensiones: 1) Conocimiento sobre maltrato infantil. 2) Conocimientos sobre factores de riesgo para maltrato infantil y 3) Conocimiento sobre formas de prevención de maltrato infantil, constando con un total de 14 preguntas de las dimensiones.

El cuestionario según las variables biológicas: incluyó preguntas sobre la edad de los cuidadores y el número de hijos menores de 10 años que están bajo su cuidado. En el cuestionario de las variables sociales se analizó la identificación, el estado civil, nivel de instrucción y la ocupación.

Se aplicó un test de conocimientos sobre las tres dimensiones. En la primera dimensión del conocimiento de maltrato infantil, explorando el conocimiento a través de 7 preguntas que incluyen concepto, tipos de maltrato infantil, maltrato por negligencia, lugar de ocurrencia del maltrato, maltrato psicológico, manifestaciones del maltrato psicológico y las consecuencias.

En la segunda dimensión se exploró el conocimiento sobre los factores de riesgo para maltrato infantil, profundizando en el tema a través de tres preguntas como: factores de riesgos individuales, familiares y los asociados al niños/as.

En la tercera dimensión se evaluó el conocimiento sobre las formas de prevención de maltrato infantil, a través de cuatro preguntas sobre: formas de prevención, Instituciones que protegen a los niños/as, prácticas disciplinarias no violentas, y los programas de formación parental.

Todas estas dimensiones constaron de ítems con afirmaciones positivas, para lo cual se consideró correcta la pregunta si respondían más del 60% de las afirmaciones. El sistema de puntuación empleado fue el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde menos del 60 % de los ítems expuestos. (Anexo B)

3.6.2 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultaron expertos, escogidos teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Se seleccionaron entre 7 y 10 jueces expertos, todos docentes universitarios, conformados por Médicos Familiares, Psicólogo, Pediatra y Médico Internista.

El grupo de expertos a través de un formulario, realizaron un análisis exhaustivo del total de las preguntas del cuestionario, para lo cual utilizaron como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante. Los criterios para la valoración fueron:

- **Comprensible:** En este ítem el cuidador debe entender lo que se pregunta en el ítem (Moriyama).
- **Sensible a variaciones:** Las posibles respuestas del ítem deberán mostrar diferencias en la variable a medir (Moriyama, 1968).
- **Pertinencia:** Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento (Moriyama, 1968).
- **Derivable de datos factibles a obtener:** Obtener toda la información que se requiere para responder a cada uno de los ítems (Moriyama, 1968). (Anexo, C)

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor según la escala ordinal siguiente: Satisfactorio > 60 puntos. No satisfactorio: < 60 puntos. Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en cualquiera de los parámetros estimados consiguieron evaluación

inferior al 60 % según los expertos. Esos ítems fueron analizados, reformados y valorados de nuevo a la opinión de los expertos hasta conseguir el 60 % o más de ellos. (Anexo C)

3.7 Diseño metodológico de la estrategia de intervención.

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa docente, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar el nivel de conocimientos fundamentales de los cuidadores de la investigación, para el abordaje del tema Nivel de conocimiento de los factores de riesgo de maltrato infantil en niños/as, logrando modificaciones en sus aptitudes y las prácticas asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia

- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación, destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos, actividades y los resultados

La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo. La evaluación de la estrategia se realizara de tres formas, para la evaluación de los resultados se utilizara el mismo instrumento aplicado para el diagnóstico; para la evaluación de las actividades se empleara la técnica del PNI (Positivo, Negativo e Interesante), consiste en que los participantes al final de cada encuentro expresen su criterio del mismo; y para la evaluación del proceso se utilizara una encuesta que incluirá aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos; el cumplimiento de la planificación(cronogramas y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. La descripción de los resultados se realizó utilizando porcentajes. Se empleó el estadígrafo de Fisher para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

3.9 Aspectos éticos

Previo a la realización de la investigación se le explicó a las participantes los objetivos de la misma y los aspectos organizativos; se solicitó por medio de un formulario de consentimiento informado la aceptación de participar en la misma donde se tuvo en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; y el anonimato en los formularios aplicados. Además la validación a través de un grupo de expertos. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Escuela Politécnica de Chimborazo.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y Discusión

En relación a las características sociales de las participantes, predominó la identificación mestizo 91,2% (n=31), unión libre 47,1% (16), secundaria 52,9% (n=18), ama de casa 52,9% (n=18). Tabla (1-4).

En el presente estudio, el 91,2% (31) se identificaron como mestizas, similar a lo reportado por (Escobar, 2011) que registró el 83% como blanco/mestizos, sin embargo estos datos difieren de los reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC 2010), donde la población mestiza de mujeres representó el 72,6 % a nivel nacional y en el cantón Riobamba el 70,7% de las mujeres se identificaron como mestizas. Además se encontró que la población indígena representó el 8,8%, datos similares según los registros del INEC (2010) con 7,1%; de la población indígena a nivel nacional.

De acuerdo al estado civil predominó la unión libre con el 47,1% (16), datos que se alejan de lo reportado por el INEC 2011, donde la unión libre representó el 18,12% de la población, sin embargo actualmente según el diario el Comercio en el año 2015, refieren que viven más parejas en unión libre en el Ecuador, que representó el 30.5% (76.154), frente a los casados (55.836).

Según el nivel de instrucción predominó la secundaria con el 52,9%, datos que se alejan de lo reportado por el INEC 2010, donde la instrucción secundario alcanzó el 29,7%; seguidamente la instrucción primaria representó el 35,3%, datos similares a los estudios realizados por el (INEC, 2010) donde el 32,4 % alcanzó este nivel de instrucción.

En lo referente a la ocupación predominó amas de casa en el 52,9%, datos que se aproximan a los realizados por Calles et al 2013, en la Tesis de la Universidad de

Cuenca, donde la ocupación de las madres de niños menores de 10 años representó el 47%.

Tabla 1-4: Distribución de cuidadores de niños(as) menores de 10 años según características sociales. Gruta de Lourdes, enero – junio 2016.

Características sociales	N=34	
	N°	%
Identificación		
Mestizo	31	91,2
Indígena	3	8,8
Estado civil		
Unión libre	16	47,1
Casada	10	29,4
Soltera	7	20,6
Divorciada	1	2,9
Nivel de instrucción		
Primaria	12	35,3
Secundaria	18	52,9
Superior	4	11,8
Ocupación		
Ama de casa	18	52,9
Trabajadora	10	29,4
Estudiante	6	17,7

Al realizar el análisis según las características biológicas de los cuidadores, predominó el grupo de 25 – 34 años de edad representando el 47,1% (n=16) del total de la muestra; según el número de hijos de los cuidadores tenían 1 hijo menor de 10 años a su cuidado con el 55,9% (n=19), seguido del grupo que tenían 2 hijos a su cuidado con el 38,2% (13) Tabla (2-4).

Al evaluar el grupo de edad del presente estudio el 47,1% se encontró en las edades comprendidas de 25 – 34 años. Estos datos obtenidos son similares a los resultados obtenidos por (Arango et al, 2014), en Colombia donde se encontró que el 52% de las madres que cuidan a los niños estaba en la adultez temprana. Según el estudio realizado por Muñoz (2008), la edad media de las madres fue de 37.8 años, datos que se aproximan con el actual estudio.

Según un informe del Centro Reino Sofía, las madres son las responsables del maltrato por negligencia (72,7%), mientras que el padre es el responsable del maltrato físico (43,7%) y psicológico (63,6%).

Este grupo de edad de adultos jóvenes, podría representar un factor de riesgo, pues los padres que infligen maltrato físico son jóvenes, solteros, pobres y desempleados, y que tienen menos educación que sus homólogos que no maltratan a sus hijos. En Estados Unidos, es tres veces más probable que las madres solteras informan que administran castigos físicos severos, en comparación con las madres de hogares que cuentan con los dos progenitores.

En nuestro país la madre permanece como la principal responsable del cuidado en la infancia tierna y su participación se incrementa a lo largo de la década. En el presente estudio el 100% de los niños están al cuidado de sus madres. La responsabilidad de las madres es mayor en la región costa (82%) y en los hogares afroecuatorianos (79%) y menor en la Sierra (75%) y en los hogares indígenas (73%).

Al analizar la distribución del número de hijos por cuidador, el 55,9% de los cuidadores solo tenía 1 hijo menor de 10 años bajo su cuidado; datos similares a lo reportado por el INEC (2010) donde el número de hijos en el Ecuador decreció en los últimos años. En la década de los 90, era de 2,3 hijos por familia, en 2001 cayó a 1,8, y en 2010 es de 1,6, lo que concuerda con el presente estudio. El 66.5% de los niños del presente estudio están bajo la responsabilidad de los dos padres (hogares nucleares) datos que se aproximan a lo reportado por el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el año 2010, donde la mitad de los niños continúan viviendo en hogares nucleares.

La edad de los niños también representa un factor de riesgo, así los estudios realizados en las defunciones de lactantes en Alemania, Fiji, Finlandia y Senegal, la mayoría de las víctimas tenían menos de dos años de edad, mientras tanto, las tasas de maltrato físico no mortal, varían de un país a otro, es así que las tasas más altas se registraron en los niños de 3 a 6 años en la India, mientras que en Estados Unidos la edad fue entre los 6 a 12 años (Krug, 2003). Según el sexo de los niños y niñas, es más frecuente en la hija, si se compara con el hijo, esto para todos los tipos de violencia analizados.

En nuestro país 7 de cada 10 niños (as), refieren haber sufrido algún tipo de maltrato, y la gran mayoría de los malos tratos se producen dentro de la familia, por lo que es fundamental diseñar la estrategia de intervención educativa, en el grupo de estudio. Además los niños que poseen características especiales tales como: ser lactantes prematuros, los gemelos y los niños con discapacidades están expuestos a mayor riesgo de maltrato físico y descuido.

El número de hijos también constituye un factor de riesgo de maltrato infantil, según un estudio realizado en Chile a los padres de niños, encontró que en las familias con cuatro o más hijos era tres veces más probable que los padres trataran a sus hijos en forma violenta, en comparación con los padres con menos hijos, además que el hacinamiento doméstico aumenta el riesgo de maltrato de menores, en la población de estudio según el (ASIS), el 85,7% de las familias, estaban conformadas por familias con cuatro y más miembros, lo que constituye un factor de riesgo para el maltrato infantil en el grupo de estudio.

Tabla 2-4: Distribución de cuidadores de niños(as) menores de 10 años según características biológicas. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Características biológicas	N=34	
	N°	%
Grupos de edad		
18-24 años	11	32,4
25-34 años	16	47,1
35-45 años	7	20,5
Número de hijos menores de 10 años		
1	19	55,9
2	13	38,2
3 – 4	2	5,9

Respecto al conocimiento general de los cuidadores, predominó el no satisfactorio 79,4% (n=27). (Tabla 3-4).

Los cuidadores presentaron un conocimiento general no satisfactorio, estudio similar a lo reportado por Guzman, et al; donde encontraron que las madres tenían un nivel bajo y medio de conocimientos sobre el maltrato infantil, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad y ocupación).

La cultura podría incidir, en el conocimiento no satisfactorio debido a que el 50% de las personas que están al cuidado de los menores en la región de las Américas, aceptan como “Normal” el castigo físico como forma de disciplinar al niño, además en nuestro país la cultura indígena es quien realiza más castigos severos a los infantes que otras culturas. Además la falta de conocimiento sobre el desarrollo de los niños, lo cual crea expectativas erróneas con sus hijos, y desencadena maltrato infantil.

También podría influir el nivel de instrucción como lo afirma el estudio realizado por Arango et al en Colombia, en el año 2014, que el maltrato infantil ocurre con mayor frecuencia cuando la madre tiene un nivel educativo de básica primaria en un 70%, seguida por un 28% de maltrato cuando la madre tiene un nivel educativo de secundaria.

Datos que no se correlacionan con el presente estudio pues el nivel de conocimiento fue no satisfactorio en la secundaria, no predominó en las madres con nivel de instrucción primaria probablemente los cuidadores en Colombia, tiene mayor acceso a la Tecnología Información y Comunicación, se difunden los temas de maltrato infantil, poseen una mayor estabilidad económica, las leyes y sanciones son más drásticas, existe mayor aceptación a la planificación familiar, etc.

Además en nuestro medio existe una escasa difusión a través de los medios de comunicación, sobre el tema de estudio y al momento no existen programas de formación parental, dirigida a cuidadores de niños menores de 2 años, donde son más vulnerables de sufrir maltrato e incluso la muerte.

Sin embargo existen Instituciones como el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, que a través de campañas como el Programa Educando en Familia, promoción del buen trato, que a pesar de todos los esfuerzos realizados, los casos de maltrato infantil van en aumento.

Tabla 3-4: Distribución de cuidadores de niños(as) menores de 10 años según conocimiento general. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Conocimiento general	Nº	%
No Satisfactorio	27	79,4
Satisfactorio	7	20,6
Total	34	100,0

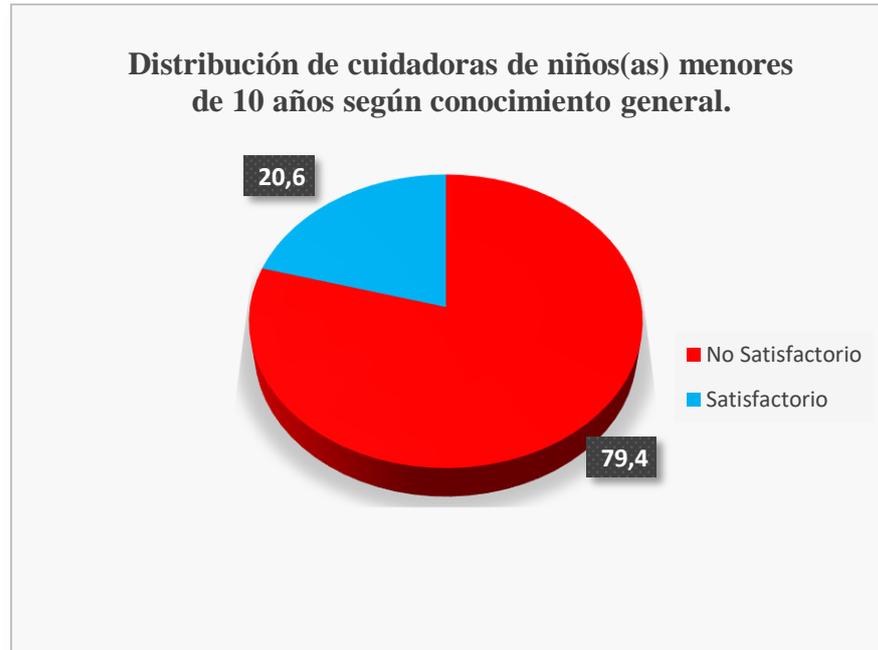


Figura 1-4: Distribución de cuidadores de niños/as menores de 10 años según conocimiento general. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Al realizar el análisis de la distribución de las cuidadores según las dimensiones de conocimientos predominó el no satisfactorio para las tres dimensiones: maltrato infantil 53,0%, factores de riesgo 85,3%, y prevención del maltrato. 81,7%, del presente estudio. (Tabla 4-4).

Al explorar el conocimiento de maltrato infantil, este fue no satisfactorio en los cuidadores. Concordando con un estudio realizado durante el año 2016 en Cuba, por Guzman, et al; donde encontraron que las madres tenían un nivel bajo y medio de conocimientos sobre el maltrato infantil.

Los cuidadores tienen un conocimiento no satisfactorio, según los tipos de maltrato, y según el lugar de ocurrencia del maltrato, es dentro del hogar donde se produce el mayor porcentaje de maltrato, según, (Vicente, 2014), respecto a la incidencia de cada uno de los tipos de maltrato, la gran mayoría de estudios (De Paul, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995; Fernandez – Del Valle, Álvarez y Hernández, 1999; Inglés, 1995; Millan, García, Hurtado, Morilla y Sepúlveda, 2006; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011; Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998; Saldaña et al. 1995), ofrece los siguientes datos: en primer lugar, la negligencia sería el maltrato más frecuente, en

segundo lugar, el maltrato emocional, a continuación el maltrato físico, y por detrás el abuso sexual. Es necesario tener en cuenta que hay un alto grado de comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato, es decir, que muchos niños y niñas experimentan más de un tipo de maltrato.

Según la dimensión de los factores de riesgos predominó el no satisfactorio con 85,3%.

- A nivel individual:

La madre representa un factor de riesgo para maltrato infantil, estudio similar reportado en Chile en el año 2015, donde encontraron que es la madre quien ejerce más violencia hacia sus hijos/as si se la compara con la figura paterna. La diferencia más importante está en la violencia física leve. Esta diferencia podría explicar porque es la madre quien pasa más tiempo con los hijos/as y es a ella a quien se le asigna la responsabilidad de la crianza, asociada a su rol materno.

En otro estudio reportado por Arango, 2014, realizado en Colombia se encontró que el 78% de las madres que tuvieron una historia de malos tratos durante su niñez, repiten el ciclo del maltrato infantil con sus hijas. Igualmente, las madres adolescentes maltrataban a sus hijas en un 88%.

- A nivel familiar:

Según los estudios anglosajones. De Paúl (1988), (como se citó en Muñoz et al, 2008), encontró que el maltrato infantil estaba asociado con menor estabilidad y mayor nivel de conflicto en la relación matrimonial, menor edad de los padres, mayor consumo de alcohol y menos apoyo social.

Dentro de las familias, los niños están expuestos a una gama de comportamientos paternos para resolver los conflictos, según Escobar en año 2011, manifiesta que es frecuente que los hogares ecuatorianos ante la falta o desobediencia de sus niños propicien el regaño (71%), los golpes (41%), el dialogo (31%), la privación de gustos (11%) y los insultos (3%) y en la última década la tendencia de los padres a castigadores y violentos con sus niños y niñas aumenta, estos se producen con mayor

frecuencia en el campo (48%), en la Sierra (47%) y en los hogares indígenas (49%). Donde se ha disminuido el comportamiento paternal no violento, especialmente el diálogo. El castigo violento va en aumento en la vida cotidiana de la infancia ecuatoriana en edad escolar, en esta edad están expuestos más a golpes que los adolescentes.

La estructura y los recursos de la familia: es más probable que los padres que infligen maltrato físico sean jóvenes, solteros, pobres y desempleados, y tengan menos educación que sus homólogos que no maltratan a sus hijos. En los Estados Unidos, es tres veces más probable que las madres solteras realicen castigos físicos severos, en comparación con las madres de hogares que cuentan con los dos progenitores.

La escasa educación y la falta de ingresos en los países de: Bangladesh, Colombia, Kenya, Italia, el Reino Unido, Suecia y Tailandia, en estas familias aumentan el potencial de violencia física contra los niños, aunque se han observado excepciones a esta pauta en otras partes.

El tamaño de la familia y la composición de la unidad familiar, también incide es esta problemática de salud como lo demuestra un estudio de padres realizado en Chile, donde se encontró que en las familias con cuatro o más hijos era tres veces más probable que los padres trataran a sus hijos en forma violenta, en comparación con los padres con menos hijos, además que el hacinamiento doméstico aumenta el riesgo de maltrato de menores.

Cuando los padres han sufrido maltrato en su infancia, estos son más propensos a maltratar a sus propios hijos. Otros factores que han estado vinculados con el maltrato de menores, tales como la juventud de los padres, el aislamiento, el hacinamiento en el hogar, el abuso de sustancias psicotrópicas y la pobreza, quizá sean más predictivos.

La violencia en el hogar constituye otro factor de riesgo para maltrato infantil, según estudios realizados en culturas diferentes como China, Colombia, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, la India, México y Sudáfrica indican todos una relación estrecha entre estas dos formas de violencia, la violencia doméstica en la India duplico el riesgo de maltrato en menores.

Otras características: El estrés y el aislamiento social del progenitor también han sido vinculados con el maltrato y descuido de menores. Se cree que el estrés causado por los cambios de trabajo, la pérdida de ingresos, los problemas de salud u otros aspectos del ambiente familiar pueden intensificar los conflictos en el hogar y la capacidad de los miembros de la familia de hacerles frente o de encontrar apoyo.

De acuerdo al ASIS 2013, el antecedente de maltrato de los padres en su infancia, que en el presente estudio, el 20% (n=16) cuidadores afirmaron haber sido víctimas de maltrato en su infancia, los cuales son más propensos a maltratar a sus propios hijos.

Así el 80% de adultos que fueron maltratados en la infancia puede ser diagnosticado al menos de un desorden psicológico. También la existencia de violencia entre los padres, el consumo de alcohol, constituye factores de riesgo de maltrato infantil.

- Asociados al niño:

Varios estudios efectuados en el mundo desarrollado, han identificado ciertas características asociadas a los niños, que aumentan el riesgo de maltrato como son: la edad, ser menor de cuatro años, constituye un riesgo para maltrato infantil, ser hijos no deseados, tener algún tipo de discapacidad, proximidad entre hijos, enfermedades frecuentes, problemas de conducta.

No obstante, hasta la fecha no se ha localizado ningún estudio llevado a cabo con muestras hispanohablantes que examine de forma conjunta tanto factores de riesgo como de protección y su asociación con varios tipos de maltrato infantil (Muñoz, at al, 2008).

En relación al conocimiento sobre las formas de prevención del maltrato los cuidadores tenían un conocimiento no satisfactorio, que podría estar en relación a la ausencia de programas de formación parental en nuestro país dedicado a los padres primogénitos, la falta de visitas domiciliarias a los hogares debido a la escasa formación de profesionales en la Atención Primaria de Salud, lo cual evidencia que los niños/as de la población en

estudio están expuestos a múltiples factores de riesgos, a través de los cuales se pueden perpetuar el maltrato infantil. (Tabla 4-4).

Donde un estudio realizado por Trenado, et al 2009, mostraron que un 85,4% de los niños que acudían al programa con sus padres a más de cuatro visitas desarrollaron un apego seguro, este descendía a medida que disminuía el número de visitas, con tres visitas fue del 78,4% y con dos represento el 68,8%.

Estos datos se correlacionan con los estudios realizados por Soriano y colaboradores en el año 2009, donde refieren que las actividades más consistentes en prevención, con mejores resultados, es la visita domiciliaria en familias de riesgo desde la etapa perinatal a los 2 – 3 años de vida.

Tabla 4-4: Distribución de cuidadoras según la dimensión de conocimientos sobre maltrato infantil, factores de riesgo y prevención. Gruta de Lourdes, enero junio 2016.

Dimensiones	Conocimiento			
	N=34			
	No Satisfactorio		Satisfactorio	
	N°	%	N°	%
Conocimiento sobre maltrato infantil	18	53,0	16	47,0
Conocimiento sobre factores de riesgo	29	85,3	5	14,7
Conocimiento sobre prevención del maltrato	28	81,7	6	18,3

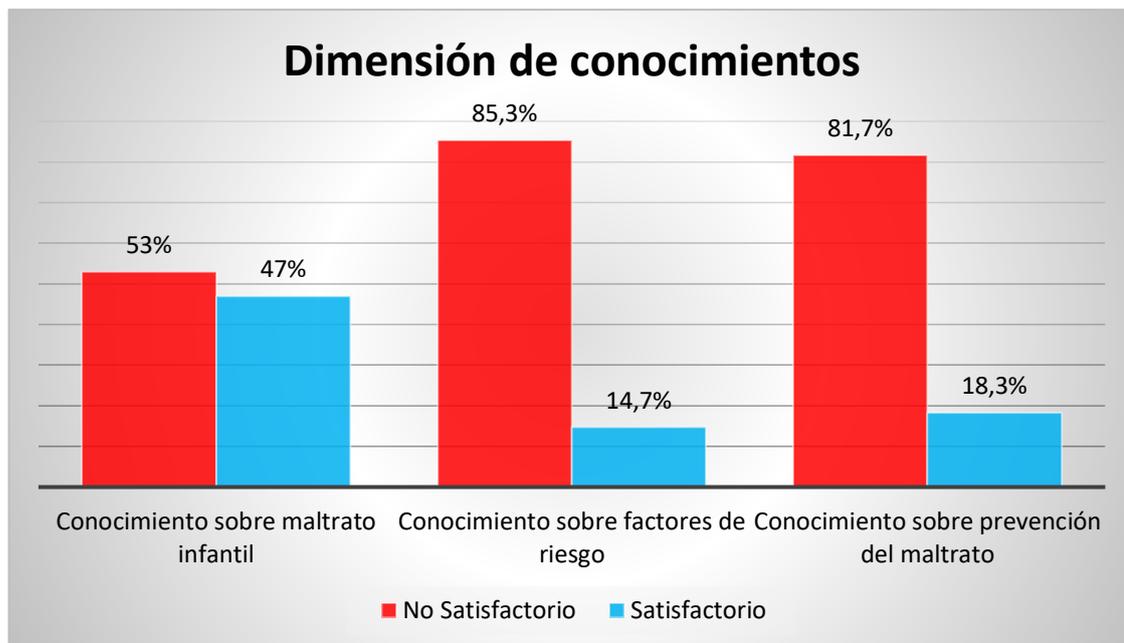


Figura 2-4: Distribución de cuidadores según la dimensión de conocimientos sobre maltrato infantil, factores de riesgo y prevención. Gruta de Lourdes, enero-junio 2016.

Según la evaluación de conocimiento sobre las preguntas de: maltrato infantil, las cuidadoras tenían un conocimiento satisfactorio acerca de las dimensiones concepto de maltrato infantil con un 64,7 %, además reconocen el maltrato infantil físico en el 58,8%. Sin embargo hay que resaltar que la dimensión de las manifestaciones de un niño víctima de maltrato psicológico alcanzó un 70,5% de conocimiento no satisfactorio. También el maltrato infantil por negligencia 61,7%, maltrato infantil psicológico 58,8% conocimiento del lugar donde ocurre el maltrato 55,8% y las consecuencias del maltrato infantil 52,9% muestran también un conocimiento no satisfactorio (Tabla 5-4).

Según la dimensión de conocimiento sobre factores de riesgo para maltrato infantil asociados al niño, predominó el conocimiento no satisfactorio en las cuidadoras 97,0%, seguido de los riesgos familiares con el 85,2% y los individuales en un 70,6%, lo cual constituye factores de riesgos importantes para maltrato infantil, pues los niños crecen y se desarrollan dentro del núcleo familiar, lo cual evidencia que los niños/as de la población en estudio están expuestos a múltiples factores de riesgos, a través de los cuales se pueden perpetuar el maltrato infantil. (Tabla 5-4).

Según la dimensión de conocimiento sobre formas de prevención del maltrato infantil, las cuidadoras tenían un conocimiento no satisfactorio sobre la existencia de programas para formación parental 97,0%, seguido de conocimiento no satisfactorio sobre las formas no violentas de disciplinar a los niños 94,1% (Tabla 5-4).

Al explorar el conocimiento sobre maltrato infantil, este fue no satisfactorio en las cuidadoras (madres). Concordando con un estudio realizado durante el año 2016 en Cuba, por Guzman, et al; donde encontraron que las madres tenían un nivel bajo y medio de conocimientos sobre el maltrato infantil, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad y ocupación). Todas reconocen al maltrato físico, sin asociación significativa con las variables, según este estudio reportado. La madre representa un factor de riesgo familiar para maltrato infantil, estudio similar reportado en Chile en el año 2015, donde encontraron que es la madre quien ejerce más violencia hacia sus hijos/as si se la compara con la figura paterna. La diferencia más importante está en la violencia física leve. Esta diferencia se puede explicar porque es la madre quien pasa más tiempo con los hijos/as y es a ella a quien se le asigna la responsabilidad de la crianza, asociada a su rol materno. En relación al sexo de los niños y niñas, es más frecuente en la hija, si se compara con el hijo, esto para todos los tipos de violencia analizados. En otro estudio reportado por Arango, 2014, realizado en Colombia se encontró que el 78% de las madres que tuvieron una historia de malos tratos durante su niñez, repiten el ciclo del maltrato infantil con sus hijas. Igualmente, las madres adolescentes maltrataban a sus hijas en un 88%. En relación a las formas de prevención no se encontraron estudios similares que permitan establecer una comparación sobre el conocimiento que tienen las cuidadoras dentro de estos acápite.

Tabla 5-4: Cuidadoras de niños menores de 10 años según evaluación de las preguntas

sobre el conocimiento maltrato infantil, factores de riesgo y prevención.
Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Preguntas	N=34			
	No Satisfactorio		Satisfactorio	
	N°	%	N°	%
Maltrato infantil				
Manifestaciones de maltrato psicológico	24	70,5	10	29,4
Maltrato infantil por negligencia	21	61,7	13	38,2
Maltrato infantil psicológico	20	58,8	14	41,1
Lugar donde ocurre el maltrato infantil	19	55,8	15	44,1
Consecuencias del maltrato infantil	18	52,9	16	47,0
Maltrato infantil físico	14	41,1	20	58,8
Concepto de maltrato infantil	12	35,2	22	64,7
Factores de riesgo				
Asociados al niño/a	33	97,0	1	2,9
Familiares	29	85,2	5	14,7
Individuales	24	70,6	10	29,4
Prevención del maltrato infantil				
Programas de formación parenteral	33	97,0	1	2,9
Formas no violentas de disciplinar	32	94,1	2	5,8
Instituciones que protegen a los niños	27	79,4	7	20,5
Prevención de maltrato infantil	21	61,8	13	38,2

Al evaluar la distribución de las cuidadoras según grupos de edades y conocimiento, predominó el conocimiento no satisfactorio con el 79,4% del total de la muestra, en el grupo de estudio comprendidas entre 25 a 34 años con el 40,7%, seguidas del grupo de 18 a 24 años y de 35 a 45 años respectivamente con el 33,3% y el 25,9%.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características biológicas, según grupos de edades y el conocimiento. Esta característica no presentó asociación significativa con el resultado de interés ($p < 0,05$), similar resultado fue descrito por Suarez et al 2016, donde no existió asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre maltrato infantil y la edad. (Tabla 6-4).

En los estudios anglosajones. De Paúl (1988), (como se citó en Muñoz et al, 2008), encontró que el maltrato infantil estaba asociado a una menor edad de los padres.

Tabla 6-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según grupos de edades y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Grupos de edades	Conocimiento						P
	No Satisfactorio		Satisfactorio		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
18-24 años	9	33,3	2	28,6	11	32,3	0,304
25-34 años	11	40,7	5	71,4	16	47,1	
35-45 años	7	25,9	0	0,0	7	20,6	
Total	27	79,4	7	20,6	34	100	

Como se observa en la Tabla 7-4 se relaciona la identificación étnica con el conocimiento predominando aquí el conocimiento no satisfactorio y dentro del mismo el grupo de mestizos con el 92,6%, seguido del grupo de indígenas con el 7,4%.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características biológicas según identificación y conocimiento. Esta característica no presentó asociación significativa con el resultado de interés ($p < 0,05$) (Tabla 7-4).

Tabla 7-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según la identificación y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Identificación	Conocimiento						P
	No Satisfactorio		Satisfactorio		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Mestizo	25	92,6	6	85,7	31	91,2	0,511
Indígena	2	7,4	1	14,3	3	8,8	
Total	27	79,4	7	20,6	34	100	

Al relacionar los cuidadores de niños/as menores de 10 años según el estado civil y el conocimiento de los factores de riesgo de maltrato infantil representado en la tabla número 8-4, predominó el grupo de cuidadores con pareja actual y nivel de conocimiento no satisfactorio con el 77,7% seguidas de los cuidadores sin pareja actual con el 22,2%, para un total de conocimiento no satisfactorio del 79,4% (Tabla 8-4).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características sociales, según estado civil y conocimiento. Esta característica no presentó asociación significativa con el resultado de interés ($p < 0,05$) (Tabla 8-4). Luego de realizar un análisis exhaustivo en las muestras hispanohablantes aún no existen estudios similares.

Tabla 8-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según estado civil y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Estado civil	Conocimiento				Total		P
	No Satisfactorio		Satisfactorio		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Con pareja actual	21	77,7	5	71,4	26	76,6	1,000
Sin pareja actual	6	22,2	2	28,5	8	23,5	
Total	27	79,4	7	20,6	34	100	

En la tabla 9-4 se establece la relación entre el conocimiento sobre factores de riesgo de maltrato infantil y la escolaridad, donde los cuidadores con nivel de instrucción secundario representaron el 51,8% del total de cuidadores con resultados no satisfactorios, seguidos del nivel primario con el 33,3%, siendo el grupo de nivel superior el que menos porcentaje obtuvo con solo el 14,8%.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características sociales, según escolaridad y conocimiento. Esta característica no presentó asociación significativa con el resultado de interés ($p < 0,05$), similar resultado fue descrito por Suarez et al 2016, donde encontró que no existió asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre maltrato infantil y la escolaridad. (Tabla 9-4).

Tabla 9-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según escolaridad y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Nivel de instrucción	Conocimiento				Total		P
	No Satisfactorio		Satisfactorio		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Primaria	9	33,3	3	42,8	12	35,3	0,716
Secundaria	14	51,8	4	57,1	18	52,9	
Superior	4	14,8	0	0,0	4	11,8	
Total	27	79,4	7	20,6	34	100	

Al establecer el conocimiento según la ocupación predominó las amas de casas con el conocimiento no satisfactorio en el 51,8% y no se estableció correlación en estas variables.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características sociales, según ocupación y conocimiento. Esta característica no presentó asociación significativa con el resultado de interés ($p < 0,05$), similar resultado fue descrito por Suarez et al 2016, donde encontró que no existió asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre maltrato infantil y la ocupación. (Tabla 10-4).

Tabla 10-4: Distribución de cuidadores de niños menores de 10 años, según ocupación y conocimiento, sobre factores de riesgo de maltrato infantil. Gruta de Lourdes, enero - junio 2016.

Ocupación	Conocimiento				Total	P
	No Satisfactorio		Satisfactorio			
	N°	%	N°	%		
Ama de casa	14	51,8	4	57,1	18	0,539
Trabajadora	9	33,3	1	14,2	10	
Estudiante	4	14,8	2	28,5	6	
Total	27	79,4	7	20,6	34	

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA.

Estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años.

5.1 Fundamentos:

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad. Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma socio-crítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol activo de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la

comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas.

El desconocimiento de los factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños(as) es hoy un importante problema de salud, de causa multifactorial, que afecta a los niños(as), todo lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y en nuestro país, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática que afecta a gran parte de la población infantil en la provincia de Chimborazo, según denuncias registradas en la DINAPEN durante el año 2013. La Provincia de Chimborazo ocupa el segundo lugar, con denuncias en el maltrato físico seguido por las sexuales y por último los psicológicos.

El limitado conocimiento de los cuidadores en cuanto a factores de riesgo de maltrato infantil en niños(as) justifica nuestra estrategia de intervención.

Después de realizar un análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos investigativos propuestos se pudo conformar un diagnóstico de la situación inicial.

5.2 Diagnóstico educativo:

Desconocimiento de los factores de riesgo de maltrato infantil en los cuidadores de niños(as) menores de 10 años, del barrio Gruta de Lourdes en el periodo de enero – junio 2016.

Los elementos educativos necesarios para el grupo a intervenir son:

- Identificar los factores de riesgo para el maltrato infantil asociados al niño, al individuo y la familia.
- Tipos de maltrato infantil.
- Conocimiento sobre las manifestaciones del maltrato físico, psicológico y por negligencia.

- Consecuencias del maltrato infantil.
- Formas de prevención de maltrato infantil y programas para la formación parental.

Para su abordaje y desarrollo se cuenta con la presencia de la Dra. Que se encuentra concluyendo su postgrado, con los conocimientos necesarios para la intervención en salud además del auditorium de la casa comunal del barrio Gruta de Lourdes, computadora, infocu, folletos, papelográficos, pizarra.

5.3 Objetivos:

General:

Incrementar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgos para maltrato infantil, tipos de maltrato infantil, manifestaciones, consecuencias y prevención en los cuidadores de niños(as) menores de 10 años del barrio Gruta de Lourdes.

Específicos.

- Estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente de rapport y confianza.
- Elevar el conocimiento sobre los factores de riesgos para el maltrato infantil relacionados con el niño, la familia y los individuales.
- Explicar los tipos de Maltrato infantil.
- Reconocer las principales manifestaciones de maltrato físico, psicológico y por negligencia así como las consecuencias de los mismos.
- Identificar las consecuencias del maltrato infantil
- Identificar las formas no violentas de maltrato infantil, así como los programas de formación parental y de las instituciones que protegen a los niños.

5.4 Límites:

La estrategia de intervención se aplicara durante cinco semanas, el grupo de investigación se dividirá en dos subgrupos con 17 integrantes cada grupo, impartándose el mismo tema en dos encuentros semanales(martes y jueves), los encuentros se

desarrollaran en la casa barrial de la Gruta de Lourdes, beneficiándose un total de 34 cuidadores de este barrio.

Se utilizarán técnicas participativas, tales como: tormentas de ideas, clases de grupo, pancartas, laminarias y videos relacionados con el tema.

5.5 Estrategia:

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS. Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma de organización de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y la forma de evaluación, que finalizara con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Se seguirá una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes. Además se tendrá en cuenta que el lugar de la reunión sea accesible y adecuado para todas, así como la fecha y hora se establecerán de mutuo acuerdo.

Las formas organizativas docentes que serán empleadas son de tipo curso taller: talleres, videos debates, demostraciones, charlas – coloquios, discusión grupal.

Los contenidos se presentaran de forma amena, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión, destacando las invariantes que refuerzan los contenidos principales, estimulando además la realización de preguntas para evacuar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecerán permanentemente vínculos con la práctica y las nociones culturales de los participantes a través de “aprender haciendo”, incidiendo en la motivación de los cuidadores para lograr un cambio de actitud.

El material didáctico a emplear será sobre los factores de riesgo de maltrato infantil, consecuencias y prevención, se expondrá con diapositivas, rotafolios, carteles, papelográficos, pizarra y computadoras, se utilizaran técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

5.6 Actividades:

Se seleccionaron y organizaron, en función de los objetivos, coordinando los recursos y los contenidos con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los cuidadores; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea:

- Tema 1. Introducción al programa educativo
- Tema 2. Factores de riesgos de maltrato infantil
- Tema 3. Tipos de maltrato infantil y sus manifestaciones clínicas
- Tema 4. Consecuencias del maltrato infantil.
- Tema 5. Prevención del maltrato infantil
- Tema 6. Conclusiones y evaluación final.

5.7 Recursos:

Humanos: 1 Posgradista.

Materiales: Auditorio de la casa barrial, un Infocus, 500 hojas de papel, un rotafolios, 36 esferos, 36 libretas, 6 marcadores, una computadora.

5.8 Cronograma:

Se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Tabla 1-5: Cronograma de los temas planificados en la estrategia

TEMAS	SEMANA					
	1	2	3	4	5	6
Introducción al programa educativo.	DG					
Factores de riesgo de maltrato infantil		T				
Tipos de maltrato infantil y sus manifestaciones clínicas			VD			
Consecuencias del maltrato infantil				VD		
Prevención del maltrato infantil					T	
Conclusiones y Evaluación						T

Legenda: DG: Discusión Grupal; T. Taller; VD: Video - Debate

5.9 Evaluación:

- Evaluación de resultados: se realizara tipo test – re test utilizando el mismo instrumento con que se realizó el diagnóstico inicial, aplicándose una semana después de finalizado el curso taller.
- Evaluación de actividades: se realizara al final de cada sesión mediante la técnica PNI (Positivo, Negativo e Interesante) de Edward de Bono que nos ayudara analizar aspectos positivos, negativos e interesantes de cada uno de los temas impartidos.
- Evaluación de proceso: se utilizara una encuesta que incluirá aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación (cronogramas y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas y nivel profesional del facilitador la que será aplicada de forma individual o grupal realizándose en el último encuentro del curso – taller.

5.10. Estructura del programa

Título: Factores de riesgo de maltrato infantil. Tipos, consecuencias y formas de prevención.

Objetivo:

Incrementar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años del barrio Gruta de Lourdes.

Dirigido a: Cuidadores de niños/as menores de 10 años del barrio Gruta de Lourdes.

Horas totales: 30 horas

Responsables: Dra. Greta Marisol Vallejo Ordoñez.

Centro de salud: Santa Rosa.

Recursos: computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos e Infocus.

Forma organizativa docente: conferencias y talleres.

Métodos: métodos activos de enseñanza.

5.10.1 Orientaciones metodológicas.

Tema 1: Introducción al programa educativo.

Objetivos: Estimular la integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente de rapport y confianza, así como la participación activa en el desarrollo de las actividades.

Forma de organización docente: Discusión grupal.

Técnicas Participativa: Presentación en Parejas, discusión grupal.

Materiales y recursos: Papel, lápiz, computadora, Infocus.

Introducción.

Técnica de presentación: Presentación en parejas: con el objetivo de que los miembros del grupo se conozcan y logren la integración del grupo.

Se sientan todos los participantes en pareja y el/la facilitador/a le explica la técnica que se va a emplear, se explica la dinámica: cada uno de las parejas tendrán un tiempo mínimo de cinco a diez minutos para intercambiar información de interés sobre ellos(nombre, número de hijos, profesión, gustos, preferencias, expectativas, etc) luego de esto cada miembro de la pareja debe de presentar a su compañero en el grupo y viceversa; el facilitador debe estar atento para animar y agilizar la presentación.

Luego se realizara la presentación de la estrategia, exponiéndose los temas que serán tratados en los diferentes encuentros, se utilizara el papelógrafo poniendo cada tema y dejándolo para ver si al final se cumple las expectativas.

Desarrollo.

Aquí se definirá colectivamente los objetivos que se persiguen, los temas que se trataran, las funciones de los participantes (según sus preferencias) y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Esto se realizará en forma de diálogo propiciando el debate en el grupo.

Cierre o conclusiones.

Se realiza una reflexión grupal y mediante una “lluvia de ideas” la que tiene como objetivo unificar las ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema que se desarrolló en el día. El coordinador debe hacer una pregunta clara, donde exprese el objetivo que se persigue.

Cada participante debe decir una idea a la vez para poder saber lo que todos piensan acerca del tema; en esta etapa de la lluvia de ideas no se permite discutir las ideas que van surgiendo solamente se le pide al compañero que aclare lo que dice en caso que no se haya comprendido; todo los participantes debe decir aunque sea una idea. Mientras los participantes van expresando sus ideas, el coordinador va anotándolas en la pizarra o en el papelógrafo.

Otra forma es que varios compañeros las anoten en cuadernos o papel. La anotación de la lluvia de ideas puede hacerse tal como van surgiendo, en desorden, si el objetivo es conocer la opinión que el grupo tiene de un tema específico, una vez la opinión de la mayoría del grupo, o se elaboran en grupos las conclusiones.

Evaluación: Al finalizar el taller se realizara la técnica de evaluación del PNI.

Tema 2: Factores de riesgo de maltrato infantil

Objetivos: Identificar los principales factores de riesgo de maltrato infantil individual, familiar y asociados al niño.

Forma de organización de enseñanza: Taller

Técnicas participativas: La lancha, Discusión Grupal, Mirada Retrospectiva

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora.

Introducción.

Se dará inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso de la clase, se continuara con un pequeño recuento de la actividad anterior para dar paso al tema a tratar en la sesión de trabajo del día. Para lograr la animación en el grupo se propone utilizar la técnica: “La lancha”, para la cual el coordinador deberá seguir los siguientes pasos: a) todos los participantes se ponen de pie.

El coordinador entonces, cuenta la siguiente historia: Estamos navegando en un enorme buque, pero vino una tormenta que está hundiendo el barco. Para salvarse, hay que subirse en unas lanchas salvavidas. Pero en cada lancha solo pueden entrar se dice un número)...personas. El grupo tiene entonces que formar círculos en los que esté el número exacto de personas que pueden entrar en cada lancha. Si tienen más personas o menos, se declara hundida la lancha y esos participantes se tienen que sentar. Inmediatamente, se cambia el número de personas que pueden entrar en cada lancha, se van eliminando a los "ahogados" y así se prosigue hasta que quede un pequeño grupo que serán los sobrevivientes del naufragio. Debe darse unos cinco segundos para que se formen las lanchas, antes de declarar los hundidos. Como en toda dinámica de animación, deben darse las órdenes rápidamente para hacerla ágil y sorpresiva.

Desarrollo.

Se procederá a la construcción grupal del concepto de factores de riesgo de maltrato infantil. Posteriormente se conforman dos grupos uno de 8 integrantes y otro de 9, los cuales aportarán sus ideas relacionadas con el tema que expondrán después en plenaria, En otro momento el profesor abordara de manera más amplia los factores de riesgo según su clasificación, en físicos, psicológicos, sexual, etc.

Posteriormente el coordinador presentará una situación problemática relacionada con algún factor de riesgo de maltrato infantil y evaluara si los miembros del grupo saben identificarla

Cierre.

Una vez concluida la actividad el coordinador indagará en el grupo acerca de sus expectativas sobre el tema si fueron o no cumplimentadas y que en caso de no haber sido satisfechas que lo expresen. Se utilizara la técnica "Mirada retrospectiva" Objetivo: Evaluar el conocimiento y manejo del tema trabajado. Es una técnica de evaluación de una experiencia vivida. Sirve para que cada participante del grupo exprese los aspectos positivos y negativos de una experiencia vivida. En un primer momento el coordinador presentará a los participantes las siguientes interrogantes, para ser respondidos individualmente: ¿Me gusto?; ¿No me Gusto?; ¿Qué Aprendí?; ¿Qué otras cosas me gustaría aprender?; ¿Cómo la pasé?; ¿Cómo me sentí? Y puede hacer

otras preguntas. Luego se formaran grupos de 4 a 6 integrantes. A nivel grupal, cada participante comentara las respuestas y entre todos producirán un afiche que dé cuenta de los aspectos positivos y negativos de la experiencia vivida. En un tercer momento cada grupo expondrá su producción y el capacitador dará su opinión respecto de la experiencia.

Evaluación: Al finalizar el taller se realizara la técnica de evaluación del PNI.

Tema 3: Tipos de maltrato infantil y sus manifestaciones clínicas.

Objetivos: Explicar las formas en que puede ocurrir el maltrato infantil físico, psicológico, Sexual y por negligencia.

Forma de organización de la enseñanza: Video – debate.

Técnicas participativas: El correo, Discusión grupal, El espacio catártico.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, Infocus, videos sobre tipos de maltrato infantil, tres sillas o cualquier cosa que establezca tres espacios

Introducción.

Se dará inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso del encuentro, se continuara con un pequeño recuento de la actividad anterior para dar paso al tema a tratar en la sesión de trabajo. Utilizaremos la técnica “Del correo” que tiene como objetivo: lograr la integración y la animación del grupo. Para dar inicio a la técnica primero: a) Se forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante; se saca una silla y la compañera que se queda de pie inicia el juego, parado en medio del círculo. b) Este dice, por ejemplo: "traigo una carta para todos las compañeras que tienen sombreros"; todas las compañeras que tengan sombreros deben cambiar de sitio. La que se quede sin sitio pasa al centro y hace lo mismo, inventando una característica nueva, por ejemplo: traigo una carta para todas las que usan reloj", etc. (aquí pueden usarse otras características, ejemplo, "Traigo una carta para todas las compañeras que trabajan en la agricultura"

Desarrollo.

Se utilizará la técnica del video debate, exponiéndose un video donde estén presente diferentes casos que maltrato infantil lo más cercana a la realidad, luego de la

proyección se pasara al debate, de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas; las participantes, después de haber escuchado y visto el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema.

Posteriormente el coordinador realizará las acotaciones necesarias sobre las diferentes formas de maltrato infantil, los más frecuentes y los signos de alarma para identificarlos.

Cierre o conclusión.

Una vez concluido el momento anterior la coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre la técnica participativa: "El espacio catártico" cuyo objetivo es permitir que cada miembro del grupo exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupalmente y el coordinador valorara el impacto del trabajo grupal en cada uno de sus miembros.

Procedimiento de aplicación: Se recomienda utilizar después de que el grupo haya hecho una evaluación del trabajo realizado. Pasos a seguir: a) La coordinadora coloca las sillas una al lado de la otra. Y le plantea al grupo que cada uno debe sentarse sucesivamente en cada silla y expresar sus vivencias. En la primera silla se expresa "Cómo llegue", en la del medio se refiere a: "Cómo me sentí durante la sesiones" y la tercera silla es: "Cómo me voy". Si no se poseen sillas o no hay suficientes pueden sustituirse por tres círculos en el suelo, con el mismo significado. Puede aplicarse cualquiera otra variante, en función de las posibilidades. b) Cada uno va pasando por el espacio catártico y expresando sus vivencias.

Evaluación: Al finalizar el taller se realizara la técnica de evaluación del PNI.

Tema 4: Consecuencias del maltrato infantil.

Objetivo: Identificar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del maltrato infantil.

Forma de organización de la enseñanza: Video – debate.

Técnicas participativas: El correo, Discusión grupal, La clínica.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, Infocus, videos sobre consecuencias del maltrato infantil.

Introducción.

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que será tratado en la sesión de hoy. Para dar inicio a la sección del día se utilizara técnica de “El correo” para animar al grupo. El procedimiento a utilizar será: a) Se forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante, menos uno quién se queda de pie parado en el centro del círculo e inicia el ejercicio. b) La participante del centro dice, por ejemplo, "Traigo una carta para todas las señoras o señoritas que tienen el pelo largo; las señoras o señoritas que tengan pelo largo deben cambiar de sitio. La que está en el centro trata de ocupar una silla. La que se queda sin sitio pasa al centro y hace lo mismo, inventando una característica nueva, por ejemplo: "Traigo una carta para todas los que tienen zapatos negros", etcétera. La coordinadora debe tener cuidado de que las instrucciones sean bien comprendidas y de que las características no se repitan.

Desarrollo.

La actividad central del taller estará encaminada a realizar un análisis de las consecuencias del maltrato infantil que se expondrán a través de un video. El grupo se divide en dos equipos; luego de concluida la proyección del video se le indica a cada equipo una tarea diferente relacionada con el tema (Equipo # 1) expondrán y debatirán sobre las consecuencias psicológicas del maltrato infantil; (Equipo # 2) expondrá las consecuencias físicas del maltrato infantil.

Posteriormente el coordinador realizará las acotaciones necesarias relacionadas con las consecuencias del maltrato infantil y lo relacionara con la el tema tratado en la actividad del encuentro anterior.

Cierre o conclusiones.

Para realizar el cierre de la actividad se hará un recuento de todo lo impartido, el coordinador solicitará a algún miembro del grupo que trate de integrar los diferentes elementos planteados. Podemos utilizar la técnica de “La Clínica” El objetivo de la misma es revisar el contenido impartido y comprobar el aprendizaje.

El coordinador primeramente formara dos grupos, entre sus miembros, elaboraran cinco preguntas complejas acerca de los contenidos aprendidos. (Es importante que el coordinador pase por los grupos para comprobar que las preguntas expresen lo que los alumnos quieren preguntar. Conviene preguntarles a los autores de las mismas cual es la respuesta que se quiere obtener, para saber si la pregunta ha sido bien formulada).

Luego el coordinador recogerá las preguntas y las entregará a otro grupo. Para ser resueltas por sus miembros y finalmente el vocero de cada grupo leerá las preguntas recibidas y las respuestas. El grupo autor aceptara o rechazara las respuestas. El otro grupo aportara sus ideas.

Evaluación: Al finalizar el taller se realizara la técnica de evaluación del PNI.

Tema 5: Prevención del maltrato infantil.

Objetivo: Identificar las formas no violentas de educación al infante, así como los programas de formación parental y de las instituciones que protegen a los niños.

Forma de organización de la enseñanza: Taller.

Técnicas participativas: Mar adentro y mar afuera, Discusión grupal, La palabra clave.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, Infocus.

Introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de día. Se utilizará la técnica llamada "Mar adentro y mar afuera" para animar al grupo; para dar inicio a la misma a) El coordinador les pedirá a los miembros que se ponga de pie. Pueden ubicarse en círculos o en una fila, en dependencia del espacio del salón y del número de participantes. b) Se marca una línea en el suelo que representará la orilla del mar. Los participantes se ponen de tras de la línea. c) Cuando el coordinador le da la voz de "Mar adentro", todos dan un salto hacia delante sobre la raya. A la voz de "Mar afuera", todos dan salto hacia atrás de la raya. d) Las voces se darán de forma rápida; los que se equivocan salen del juego. Es importante que el coordinador le de dinamismo a su aplicación.

Desarrollo

El coordinador destacara la importancia de conocer y prevenir el maltrato infantil, lo

que ataña a todas las personas como padres, a la familia como grupo y a la sociedad, enunciando los principales mecanismos legales existentes en el país para la atención del mismo, exponiendo además la importancia de la escuela de formación parental y la visita a la familia. Luego se dividirá el grupo en dos equipos y se le darán situaciones problemas para que sean analizados por cada uno de los equipos y luego procedan a explicar cómo actuarían ante cada situación.

Cierre o conclusiones.

Para dar conclusión a la actividad del día el coordinador realizará la técnica “ La palabra clave”, la que tiene como objetivo permitir al facilitador retroalimentarse de las vivencias y opiniones, del grupo en relación con las sesiones realizadas. Para utilizar esta técnica como de cierre se introduce una variante distinta a cuando es utilizada como técnica de contenido. La diferencia consiste en que no se le pide al sujeto que explique el porqué de la palabra o frase empleada. Aunque pueda ser utilizada en la sesión final para evaluar el desarrollo de todas las sesiones, es más recomendable para el final de una sesión de trabajo cualquiera. Pasos a seguir: a) Se le dice al grupo por el facilitador que cada uno exprese con una palabra lo que piensa o siente en relación con la sesión que se ha trabajado. b) A continuación se inicia la ronda.

El coordinador debe poner cuidado en recoger cada palabra expresada y quien la dijo. Esta técnica le permite al coordinador conocer de manera resumida de la impresión que la sesión ha dejado en cada integrante del grupo; al mismo tiempo, le permite hacerse idea, de la tendencia predominante en el grupo con respecto a la sesión de trabajo que termina.

Evaluación: Al finalizar el taller se realizara la técnica de evaluación del PNI.

Tema 6: Conclusiones.

Objetivo: Consolidar y evaluar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa

Forma de organización de la enseñanza: Taller

Técnicas de intervención: El alambre pelado, El cuento vivo, El completamiento de frases

Materiales y recursos: Hojas, lápices, rotafolios, computadora e infocus.

Introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después anunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Se utilizará una técnica para animar al grupo que puede ser la denominada “El alambre pelado”, que tiene como objetivos: lograr animar al grupo y lograr la concentración del mismo además de crear un ambiente relajado.

En un principio se le pide a un cuidador cualquiera que salga del salón, luego se les pide al resto de los cuidadores que formen un círculo y se tomen de la mano. El coordinador le explica que el círculo es un circuito eléctrico, dentro del cual hay un alambre pelado; que se le pedirá al compañero que está afuera que lo descubra tocando las cabezas de las que están en el círculo. Se ponen de acuerdo en que cuando toquen la cabeza del compañero que ellos designen, como el "Alambre pelado", todos al mismo tiempo y con toda la fuerza posible pegarán un grito.

Se hace entrar al compañero que está afuera, el coordinador le explica que el círculo es un circuito eléctrico y que hay un alambre pelado en él y que debe descubrirlo tocando la cabeza de los que están en el circuito. Se le pide que se concentre para descubrir el alambre pelado.

Desarrollo

El coordinador, comenzara realizando una breve reseña de los temas impartidos en las sesiones anteriores para ello se utilizara la técnica “El Cuento Vivo”, que tiene como objetivo lograr la concentración del grupo. Pasos a seguir: a) El coordinador les pide que se sienten en círculo. Una vez sentado, comienza hacer un relato sobre algún caso de maltrato infantil, donde se incorporen personajes con determinadas actitudes y acciones. b) Cuando el facilitador señale a cualquier compañero, este debe actuar como el personaje sobre el cual se esté haciendo referencia en ese momento en el relato.

El coordinador puede hacer que el relato se construya colectivamente de manera espontánea. Inicia el cuento y va dándole la palabra a otro compañero para que lo continúe; puede haber o no representación.

Cierre o conclusiones.

Para el cierre final se utilizara la técnica de “El completamiento de frases”, el objetivo que persigue es recoger la opinión de cada integrante con respecto a los resultados del trabajo grupal realizado durante todos los encuentros; permite al coordinador retroalimentarse con respecto a los logros y deficiencias y de las actividades realizadas, es más recomendable aplicar esta técnica en la sesión final.

Materiales: Una hoja de papel para cada miembro del grupo, pizarra o papelógrafo. En el papelógrafo (Pancarta o pizarra) se reflejan una serie de frases incompletas, las cuales inducirán respuestas por parte de los integrantes del grupo, esta frase debe ser relacionada y dirigida al trabajo realizado y a la temática central que el grupo ha elaborado un ejemplo de estas frases pueden ser: Aprendí....., Ya sabía.....; Me sorprendí por.....; Me molesté por.....; Me gustó.....; No me gustó.....; Me gustaría saber más acerca.....; Una pregunta que todavía tengo es..... Si hay posibilidades, es conveniente entregar las frases ya reflejadas en el papel que se les dará a los miembros.

El facilitador le entregara una hoja de papel a cada participante. Plantea que cada uno complete la frase de modo independiente sin consultar con nadie, y que no es necesario poner el nombre. Si están reflejadas en el papel las presenta en la pancarta, papelógrafo o pizarrón. A medida que cada uno termina, recoge las hojas. Una vez recogidas todas las hojas, el coordinador leerá en voz alta las respuestas dadas a cada frase y comentara lo más relevante de las mismas.

Permitiéndole analizar al facilitador y al grupo los aspectos que más han impresionado a los participantes, qué inquietudes quedan en el grupo después de todo lo que se ha hecho y cómo ha sido el desempeño, qué se ha alcanzado.

Evaluación: Al finalizar el taller se realizara la técnica de evaluación del PNI. Se realizara la evaluación final del curso con la encuesta diseñada para tales efectos.

CONCLUSIONES

La mayoría de cuidadores del estudio se encuentran entre los 25 a 34 años, con 1 hijo a su cuidado, mestizas, unión libre, de instrucción secundaria, amas de casa.

Se evidencia en los cuidadores de niños/as menores de 10 años un conocimiento no satisfactorio sobre: maltrato infantil, factores de riesgo tanto a nivel individual, familiar y asociados al niño, además no conocen sobre las formas no violentas para disciplinar a los niños, las Instituciones que protegen a los infantes y los programas de formación parental.

En el estudio no se encontró relación significativa entre el conocimiento y las variables edad, número de hijos, identificación, estado civil, nivel de instrucción y ocupación.

El diseño de la estrategia de intervención educativa es pertinente y necesaria en el grupo de estudio para ser aplicada debido al conocimiento no satisfactorio encontrado en este grupo de estudio, que trae como consecuencia el sufrimiento innecesario de los niños/as, y consecuencias drásticas que pueden perdurar toda la vida en este grupo vulnerable de la sociedad.

RECOMENDACIONES

Implementar las estrategias diseñadas a partir de las recomendaciones establecidas, en los cuidadores de niños/as menores de 10 años de la Gruta de Lourdes, para lograr incrementar los conocimientos sobre el tema de estudio y mitigar las consecuencias de esta problemática de salud.

Socializar los resultados obtenidos, al personal que labora en el Subcentro de Salud de Santa Rosa, así como a los líderes comunitarios, del barrio Gruta de Lourdes, para concientizar sobre la problemática de salud y permita contar con la participación activa de los cuidadores y así elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo de maltrato infantil.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, S. (2014). *Medicina General Integral*. La Habana-Cuba: Ciencias médicas
- Análisis de la Situación Integral de Salud. (2014). Riobamba - Gruta de Lourdes.
Recuperado de Las Fichas Familiares
- Andrade, S., Cajamarca, D., y Carmona, M. (2014). *Incidencia de maltrato infantil en estudiantes de la Escuela Fiscomisional Mixta "Fe y Alegría"*. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Arango, L., Moreno, J., y Convers, A. (Junio de 2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Redalyc*, 8(1), p. 67-76.
- Artiles, V. L., Iglesias, O. J., Barrios, O. I. (2008). *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud*. La Habana: ECIMED. Capítulo I, pág 72.
- Beltrán, J y Bueno, J. (1995). *Psicología de la educación*. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=AwYIq11wtjIC&printsec=frontcover&dq=libro+psicologia+de+la+educacion+beltran+llera+pdf&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiV_qnoiQAhWFOSYKHX9hAesQ6AEIGTAA#v=onepage&q&f=false
- Cada año aumentan las denuncias de maltrato infantil (CIFRAS ZONA CENTRO) (31 de mayo de 2013). *Cotopaxinoticias* p. 1
- Calle, S., Morocho V., y Otavalo, J., (2013). *Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición, y su relación con el estado nutricional de los niños (as), menores de 2 años que acuden al subcentro de Salud de San Pedro de cebollar, durante mayo-junio*. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Casado, Huertas y Martínez. (1997). *Niños maltratados*. Madrid-España: Díaz de Santos S.A.
- Centro Reina Sofia. (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España*. Recuperado de http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf

- Child abuse prevention: accomplishments and challenge. Deborah Daro y Anne Cohn Donnelly (2002)
- Child Welfare Information Gateway. (2013). *Consecuencias a largo plazo del maltrato de menores*. Recuperado de https://www.childwelfare.gov/nrh/PDFs/sp_long_term_consequences.pdf
- Constitución Política del Ecuador. (2008). Recuperado de <http://www.supercom.gob.ec/documents/Normativa/Constitucion-Politica-Ecuador.pdf>
- Díaz Martín C. Modelos y estrategias de cambios de comportamientos. Recopilado <http://www.ligasida.org/esload.php/vid=o/leng=es/29/modelocambiodecomportamiento.htm>
- Flores, M & Ylatoma, C. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morales, junio – septiembre 2012*. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF. (2008). Estado mundial de la infancia. *Supervivencia infantil*. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/sowc08-sp.pdf>
- Fondo de las naciones Unidas para la infancia, UNICEF. (2015). *4º Estudio de Maltrato Infantil en Chile. Análisis comparativo 1994 – 2000 – 2006 – 2012*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/Maltrato-Infantil.pdf>
- García, M, Rodríguez, I, Gutierrez, P, (1999). *Cuidados y cuidadores sistema informal de salud*. Granada- España: ISBN
- Gaxiola, J., y Frias, M. Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. Recuperado de https://mach.webs.ull.es/PDFS/Vol9_1y2/Vol9_1y2_b.pdf
- Gomez, M. (2007). *Manual de técnicas y dinámicas*. Recuperado de <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Técnicas-y-Dinámicas>

- Guerrero, R., Gutiérrez, M., Fandiño, A., y Cardona, S. (2012). Sistema de indicadores comparables de convivencia y seguridad ciudadana: un consenso de países. *Panam Salud Publica* 31(3), 253-259. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/3/11.pdf>
- Herrero, S. (Ed.). (2006). *Psicólogo de la junta de Galicia*. Madrid, España: Editorial Mad, S.L.
- Informe de la Reina Sofia: <https://gsia.blogspot.com/2012/02/maltrato-infantil-en-la-familia-en.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2010). Recuperado http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2011). *Anuario de Estadísticas Vitales: Matrimonios y divorcios en el Ecuador*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/presentacion.pdf>
- Intebi, I. (2011). Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. Buenos Aires. Argentina: Granica S.A.
- Ishida, K., Klevens, J., Rivera-Garda, B., & Mirabal, B. (2013). Child maltreatment in Puerto Rico: findings from the 2010 National Child Abuse and Neglect Data System.
- Llanes y Júztiz. *Estrategia para desarrollar habilidades profesionales en Contabilidad*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos82/estrategia-desarrollar-habilidades-contabilidad/estrategia-desarrollar-habilidades-contabilidad2.shtml>
- Medina, J. (2015). *Trauma psíquico*. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=Q9ASCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Mikton, C., & Butchart, A. (2009, May). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews/Prevention de la maltraitance chez l'enfant: revue systematique des revues/Prevencion del maltrato infantil: revision

sistemática de las revisiones. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353+. Retrieved from http://go.galegroup.com/ps/i.do?p=GPS&sw=w&u=esPOCH_cons&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA201209756&asid=1f616e816cb0918e508f148e81d2e2d7

Moreno, J. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Redalyc*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211205.pdf>

Moriyama IM. (1968). Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation.

Muñoz, M., Gamez, M., y Jiménez, G. (2008). Factores de riesgo y de protección para el maltrato infantil en niños Mexicanos. *Redalyc*, 25(1), 165-174.

Nelson. (2012). *Tratado de Pediatría*. Barcelona, España: Elsevier

Núñez, W; Castillo, M. (2010). Violencia Familiar. Lima – Perú: Legales E.I.R.L.

Observatorio de la Niñez y la Adolescencia. (2013). Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=nAWABAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. (2010). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF. (2010). *Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil, 2010*. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/Encuesta_nacional_NNA_siglo_XXI_2_Parte1.pdf

Observatorio de los derechos de la niñez y la adolescencia. (2011). *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011*. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *La violencia contra los niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial*

- de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/Estudio_violencia_contra.pdf
- Organización Mundial de la salud, (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y como obtener evidencias.
- Organización Mundial de la Salud, (2016). *Maltrato infantil*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud. *Maltrato infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recueprado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>
- Pescoso, I., y Álvarez, M. (2013). Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. *Scielo*, 29(1), 76-89. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n1/mgi10113.pdf>
- Ravenet, M. (2003, 18 de abril). Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. *Scielo*. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n4/spu05403.pdf>
- República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2011). *Normas de Atención Integral a la Niñez*. Recuperado de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20A%20LA%20NI%C3%91EZ%202011.pdf>
- Sirotnak, A. (2010). Maltrato y abandono de menores: avances y retos en el siglo XXI. Barcelona. España: Masson.
- Soriano, F. y cols. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en el ámbito de la Atención Primaria. *Redalyc*, XI(41), 121-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638710008.pdf>

- Suárez, N., Bermúdez, I., Díaz, W., López, J., Moreno, L., y Delgado, I. (2016). Conocimientos sobre maltrato infantil en madres de escolares. *Scielo*, 32(1), 36-44. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n1/mgi06116.pdf>
- Tabera, M. (2010). *Intervención en atención a menores*. Madrid, España: Editex.
- Trenado, R., Posa, G., y Cerezo, A. (2007). *Sección Monografica*, 30(1), 24-32
- UNICEF, (2008). *Estado mundial de la infancia*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>
- Vicente, M y Navalón, C. (2014). *La infancia y los derechos de los niños y de las niñas*. Madrid – España: ISBN
- Zunzunegui, M., Morales, J., y Martínez, V. (1997). Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud. *Anales Españoles de Pediatría*, 47(1), 33 - 41. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-1-7.pdf>
- Zurro, M; Pérez, C; Badia, G. (2014). *Atención Primaria*. España: Elsevier editorial.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Yo, Greta Marisol Vallejo Ordoñez, postgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo de maltrato infantil en cuidadores de niños/as menores de 10 años Gruta de Lourdes, Riobamba de enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista.

Se encuestará a los cuidadores de niños/as menores de 10 años de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre factores de riesgo de maltrato infantil y su relación con factores seleccionados. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a los cuidadores, con el propósito de identificar el nivel de conocimientos que poseen de los factores de riesgo de maltrato infantil. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo, _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada(o) sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo B. Cuestionario

Código: _____

Estimada Cuidador, la presente entrevista tiene como objetivo determinar el conocimiento que ustedes tienen sobre los diferentes factores de riesgo de maltrato infantil en niños menores de 10 años, lo que nos ayudaría de una manera muy rápida realizar actividades de promoción para la prevención de la misma; por lo que le estamos solicitando su consentimiento para la participación en este estudio.

I. Datos biológicos – sociales

1. ¿Cuántos años tiene Usted? _____

2. ¿Cómo se identifica?
 - (1) Mestizo _____
 - (2) Indígena _____
 - (3) Blanco _____

3. ¿Cuál es actualmente su estado civil?
 - (1) Soltera _____
 - (2) Casada _____
 - (3) Unión estable _____
 - (4) Divorciada _____
 - (5) Viuda _____
 - (6) Separada _____

4. ¿Cuál es su nivel de estudios?
 - (1) Ninguna _____
 - (2) Primaria _____
 - (3) Secundaria _____
 - (4) Superior _____

5. ¿Cuál es su ocupación?

(1) Ama de casa _____

(2) Estudia _____

(3) Trabaja _____

(4) Jubilada _____

6. ¿Cuántos niños menores de 10 años tiene usted? _____

II. Entrevista sobre conocimiento

1. El maltrato infantil se lo conoce como: Marque con una x la respuesta correcta.

- (1) Abusos y desatenciones que son objetos las madres
- (2) Abusos y desatenciones que son objetos los menores
- (3) Abusos y desatenciones que son objetos los adultos
- (4) Abusos y desatenciones que son objetos los maestros
- (5) No sé.

2. De las siguientes situaciones marque con una X la que Ud. considere un tipo de maltrato infantil físico.

- (1) Golpear a un niño/a con un objeto
- (2) Patear al niño/a
- (3) Golpear al niño/a
- (4) Asfixiar al niño/a
- (5) Nalgadas
- (6) Bofetear al niño/a
- (7) Pellizcar al niño/a
- (8) Retorcer la oreja del niño/a
- (9) Quemar al niño/a
- (10) Forzar al niño en una posición incómoda

3. De las siguientes situaciones marque con una X la que Ud. considere un tipo de maltrato infantil por negligencia.

- (1) Desatención
- (2) Abandono

- (3)Constantemente sucio
- (4)Ausencia de cuidados médicos
- (5)Vestimenta inadecuada
- (6)No reciben educación
- (7)Falta de supervisión por parte de un adulto
- (8)No lo estimula para estudiar
- (9)Rechaza su presencia
- (10)Cuidar otros menores de edad

4. ¿Dónde ocurre el mayor porcentaje de maltrato infantil?

- (1) En la escuela
- (2) En la familia
- (3) En la comunidad
- (4) En otros países
- (5) No se

5. De las siguientes situaciones marque con una X la que Ud. considere un tipo de maltrato infantil psicológico.

- (1) Rechazar
- (2) Ignorar
- (3) Aterrorizar
- (4) Aislar
- (5) No brindarle afecto
- (6) Inadecuado apoyo en las actividades escolares
- (7) Involucrar al niño/a en las actividades ilícitas
- (8) Negar y hacer caso omiso de sus emociones
- (9) Limitar el acceso que tiene el niño a la atención médica
- (10) Asume roles o actitudes de un “adulto”

6. ¿Cómo Ud. identificaría a un niño/a que está siendo maltratado o ha sido víctima de maltrato psicológico?

- (1) Retraso en el desarrollo del niño
- (2) Problemas en el control de esfínteres

- (3) Trastornos de la alimentación (pérdida de apetito, come poco)
- (4) Trastornos del sueño (dificultad para dormir, sueño intranquilo)
- (5) Trastornos de conducta (incluye el juego, no hace caso, agresivo)
- (6) Actitud de tristeza sin motivo aparente
- (7) Apatía, inhibición en el juego
- (8) Intento de suicidio
- (9) Baja autoestima
- (10) Problemas de aprendizaje

7. ¿Conoce usted cuales son las consecuencias del maltrato infantil en los niños/as?

- (a) Daños físicos
- (b) Daños Psicológicos
- (c) Posible muerte de niño/a
- (d) Consumo de alcohol y drogas
- (e) Intentos de suicidios
- (f) Ansiedad y depresión
- (g) Bajo rendimiento escolar
- (h) Agresividad
- (i) Baja autoestima
- (j) No sabe

8. ¿Conoce usted que los factores de riesgos individuales para maltrato infantil, pueden ser? Señale las respuestas que considere correctas.

- (a) Historia familiar de abuso infantil y violencia intrafamiliar
- (b) Dificultades para comunicarse y resolver problemas
- (c) Carencia de afecto en la infancia
- (d) Baja autoestima
- (e) No sé

9. ¿Cuáles son los factores de riesgos en el medio familiar asociados a los padres para maltrato infantil?. Señale las respuestas que considere correctas

- (a) Trastornos físicos/ psíquicos
- (b) Drogodependencia

- (c) Padre/madre solo
- (d) Madre joven
- (e) Disarmonía familiar
- (f) Enfermedades o lesiones
- (g) Conflictos conyugales
- (h) Violencia familiar
- (i) Carácter impulsivos o violentos
- (j) No cuidar al niño/a
- (k) Vivir cuatro miembros o mas
- (l) Vivir con hijos de otros progenitores
- (m) No conoce el desarrollo evolutivo del niño
- (n) Dificultades para relacionarse con el recién nacido.
- (o) Ante el comportamiento inadecuado del niño lo castiga
- (p) Aprueba el castigo físico como medio para disciplinar a los niños
- (q) No cuenta con el apoyo social
- (r) Atraviesa dificultades económicas

10. ¿Cuáles son los factores de riesgos en el medio familiar asociados a los hijos para maltrato infantil? Señale las respuestas que considere correctas.

- (a) Hijos no deseados
- (b) Trastorno congénito
- (c) Anomalías físicas
- (d) Enfermedad crónica
- (e) Nacimiento prematuro
- (f) Bajo peso al nacer
- (g) Proximidad de edad entre hijos
- (h) Trastornos de la conducta del hijo
- (i) Hijo menor de 4 años
- (j) Ausencia de controles durante el embarazo

11. ¿Conoce usted las formas de prevenir el maltrato infantil? Marque con una x las respuestas que Ud. considere correctas.

- (1) Programas de formación parental

- (2) Visitas domiciliarias por el equipo de salud
- (3) Campañas para disminuir el consumo de alcohol
- (4) Conocer sobre los factores de riesgo del maltrato infantil
- (5) Disminuir los embarazos no deseados
- (6) Mejorar el acceso a los servicios prenatales y posnatales
- (7) Preparación a los niños para evitar situaciones de abuso
- (8) Dialogar con el niño, sobre la acción que cometió
- (9) Mejorar la comunicación en el hogar
- (10) Conocer las leyes y sanciones de nuestro país.

12. ¿Qué Institución Pública está encargada de proteger y velar por los niños/as?

- (1) Unidad Judicial de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia
- (2) Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA)
- (3) Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)
- (4) Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños - Niñas y Adolescentes
- (5) Fiscalía General del Estado
- (6) Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INFA)
- (7) Consejo de la Judicatura
- (8) Ministerio de Educación
- (9) Ministerio de Salud Pública
- (10) Organización internacional del trabajo

13. ¿Conoce usted cuales son las prácticas disciplinarias no violentas? Señale las respuestas que considere correcta.

- a. Explicó al niño o niña por qué estaba mal su conducta.
- b. Rehusó hablar con el niño o niña
- c. Dijo al niño o niña que dejara de comportarse de ese modo.
- d. Nalgadas
- e. Le dio al niño o niña algo que hacer.
- f. Amenazo abandonarlo e irse
- g. Privarlo de algo que le guste.
- h. Le grito o insulto al niño o niña

- i. Obligó al niño o niña a quedarse en un lugar
- j. Canelo prerrogativas.

14. ¿Conoce Ud. algún programa para formación de padres, que exista en nuestro país?

- (a). Escuelas de familias implementado por el MIES
- (b) Escuela para padres en los centros educativos
- (c) Los programas Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)
- (d). Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV)
- (e). No sé.

Gracias por su atención.

Anexo C. Criterio de Moriyama

Porcentaje de ítems evaluados desfavorablemente por expertos en dos rondas, según

Dimensiones	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sencible		Pertinente		Factible	
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
	%	%	%	%	%	%	%	%
Conocimiento sobre maltrato	51,2	0,0	49,4	9,1	9,6	0,0	39,6	0,0
Factores de riesgo de maltrato infantil	64,2	0,0	43,6	3,4	0,0	0,0	61,3	0,0
Prevención de maltrato infantil	46,7	0,0	56,4	0,0	0,0	0,0	51,7	0,0
Total	54	0,0	49,8	4,1	9,6	0,0	50,8	0,0

criterios de Moriyama.

Anexo E. Recursos / Presupuesto

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1. Salario

Recurso humano	Salario devengado	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico postgradista	1, 025.00	75,00	1,100.00	10%	\$ 110

Total de gastos por concepto de salario: \$ 2.530,00

2. Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	5	4,00	20,00
Tonner impresora láser	Unidad	2	70,00	140,00
ESFEROS				
LAPICES				
MARCADORES				
Perforadora	Unidad	1	8,00	8,00
Calculadora	Unidad	1	4,00	4,00
Total				172,00

Total de gastos por material de oficina: \$ 172,00

3. Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	600,00	600,00
Impresora Láser	Unidad	1	250,00	250,00
Total				850,00

Total de gastos por equipos: \$ 850,00

4. Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	5.000	0,10	50,00
Anillado	Hoja	10	3,00	30,00
Fotocopias	Hoja	2000	0,05	100,00
Total				180,00

Total de gastos por servicios: \$ 180,00

5. Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Viajes (gastos en pasajes)		100	1,50	150,00
Viajes (gastos en combustible)	Litro	200	0,50	100,00
Alimentación	Unidad	100	2,00	200,00
Total				450,00

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal	2530,00
Material de oficina	243,00
Equipos	1550,00
Servicios	250,00
Otros gastos	450,00
Total	4.573,00

Total de gastos directos: \$ 4, 573,00