UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

TEMA:

"MALTRATO EN ADOLESCENTES HIJOS DE PADRES MIGRANTES RESIDENTES DE LA PARROQUIA RURAL DE PICAIHUA EN LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA"

Tesis previa a la obtención del Título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AUTORA:

DRA. ALEXANDRA DEL PILAR FUENTES PÉREZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. RUTH MALDONADO

LOJA – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Dra. Ruth Maldonado

Docente de la Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

CERTIFICO:

Haber dirigido y corregido en su totalidad, la tesis titulada: “Maltrato en Adolescentes hijos de padres migrantes residentes en la parroquia rural de Picaihua en la provincia de Tungurahua”, de autoría de la Dra. Alexandra Fuentes Pérez, por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Loja, Noviembre del 2010

Dra. Ruth Maldonado

DIRECTORA DE TESIS

La investigación, resultados,

Conclusiones y recomendaciones del

Presente trabajo son responsabilidad

De la Autora

Agradecimiento

Doy gracias a mi Padre Dios porque sin El nada en mi vida sería posible, a mi esposo por ser el apoyo que siempre necesite, a mis padres y profesores porque me impulsaron a tomar lo mejor del día a día.

De manera especial agradezco al Dr. Herbarth Torres, Coordinador General del Postgrado de la UNL en Riobamba, cuya visión se ha visto plasmada en la realización de muchos profesionales médicos debido a su esfuerzo y dedicación.

Expreso de igual manera mi gratitud al Dr. Cesar Villarroel Merino, Coordinador del Postgrado de Pediatría de la UNL en Riobamba, por guiarme a través de estos arduos años de aprendizaje y enseñarme a luchar por mis ideales.

A la Dra. Ruth Maldonado por su gran ayuda, con la mayor dedicación y paciencia, mi más sincero respeto y agradecimiento.

Dra. Alexandra Fuentes P.

DEDICATORIA

A mi esposo Christian por ser la persona más especial de mi vida y mi apoyo incondicional en los momentos más difíciles y a mi hija Pilar por enseñarme el lado de la Pediatría que descubrí al tenerla a mi lado.

Dra. Alexandra Fuentes P.

INDICE

Contenido:	Pág.
Resumen……	07
Introducción…….	09
Revisión Literaria……	13
Materiales y Métodos…….	56
Resultados……	68
Discusión……..	87
Conclusiones……..	94
Recomendaciones…….	95
Bibliografía……..	96
Anexos……..	101

RESUMEN

El objeto del presente estudio radica en el estudio descriptivo transversal del maltrato dado a adolescentes que residen en la parroquia rural de Picaihua de la provincia de Tungurahua, cuyo padre y/o madre han emigrado al exterior y su cuidado se encuentra a cargo de terceras personas.

Se realizaron 146 encuestas a los adolescentes hijos de migrante(s) que fueron localizados en toda la parroquia, y cuyos responsables accedieron a ser parte del estudio propuesto, quienes también fueron encuestados, y al personal médico del Subcentro de Salud de Picaihua perteneciente al Área de Salud N# 2 de Tungurahua, cuya información se uso como complemento de las encuestas realizadas a los adolescentes.

Se encontró que los adolescentes hijos de migrante(s) sufren de maltrato negligente en su mayoría 34.7 %, en segundo lugar maltrato psicológico en un 22.5 %, maltrato físico en tercer lugar con un 11.3 % y maltrato sexual en un 6 %.

Con la información encontrada se plantea una propuesta de intervención para la implementación de un plan para promocionar el buen trato a los adolescentes a nivel de atención primaria en el sector.

SUMMARY

The purpose of this study lies in the transversal and descriptive study of ill-treatment given to adolescents who reside in the rural Picaihua′s parish of Tungurahua, whose father and/or mother have emigrated abroad and their care is in charge of other people.

Were carried out 146 surveys to adolescents children of migrant(s) that were located throughout the parish, and whose responsible agreed to be part of the proposed study, which were also surveyed, and medical staff of Health of Picaihua belonging to the Health Area N# 2 Tungurahua, whose information is use as a complement to the surveys carried out the adolescents.

They found that adolescents children of migrant(s) suffer negligent abuse in the 34.7 % in second place psychological abuse in a 22.5 % physical abuse in third place with the 11.3 % and sexual abuse in a 6%.

With the information found raised a proposal for intervention for the implementation of a promote′s plan from good treatment to adolescents at the level of primary care in the sector.

INTRODUCCION

Actualmente hay gran interés por investigar el impacto físico, psicológico, social que crea la migración, especialmente en los adolescentes.

El maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión (Francia, 2003).

Desde hace varias décadas se han manejado cifras verdaderamente alarmantes de niños que son objeto de la violencia de sus padres, cuidadores y personas en general, lo que proporciona una idea general de la dimensión del problema.

En los países desarrollados, uno de cada diez niños sufre abandono o maltrato psicológico; entre el 4 y el 16% es víctima de abuso físico y el 10% de adolescentes sufre algún tipo de abuso sexual antes de cumplir los 18 años. (Gilbert et al., 2009)

Nuestro país no está lejos de la realidad mundial de malos tratos a menores, según la DINAPEN (Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes) durante el año 2003, a nivel nacional, a través de sus 14 jefaturas provinciales, atendió 1046 casos en los que estaban involucrados niños, niñas y adolescentes maltratados, que correspondió al 9,25% del total de denuncias receptadas (DINAPEN, 2003). En Quito y Guayaquil, 27% de la

población de 0 a 10 años son castigados al menos una vez por semana, y 1 de cada 3 es víctima de abuso sexual. (Arias, 2007)

En la provincia de Tungurahua, por informes obtenidos de la DINAPEN de Enero a Diciembre del 2008 se registraron 180 denuncias por maltrato infantil y 17 por abuso sexual. (DINAPEN, 2008)

A esto se suman circunstancias propias de nuestro medio como la importante crisis económica del Ecuador a finales de la década de los 90, (Paredes, Bravo y Calle, 2004), haciendo que las familias no puedan proteger adecuadamente a los miembros más pequeños, lo que ha generado que la migración se dé como un esfuerzo desesperado de encontrar mejores condiciones de vida en países económicamente más estables (Atienza y Acosta, 2004), 150 mil niños viven sin sus progenitores, bajo el cuidado de abuelos/as, tíos/as, hermanos o amigos de la familia, por la migración masiva de personas que se dio especialmente entre los años 1999 y 2001. (Arias, 2007)

No se tiene una cifra exacta de la población emigrante al momento, pero según el INEC en una estimación indirecta indica que de 13.853.214 habitantes hasta diciembre del 2007, 1.571.450 personas es decir el 10.5% estarían residiendo en el exterior. (INEC, 2007)

Aunque la segunda fuente de riqueza del país después del petróleo son las remesas de los migrantes (Maldonado, 2006 Gestiòn, 2009), no se conoce con exactitud qué es lo que pasa en los hogares, lo que se

conoce es que hay padres que no envían las nombradas remesas a sus familias, lo cual también puede depender del tiempo de ausencia.

Los medios de comunicación indican que de la provincia de Tungurahua, que cuenta con aproximadamente 510.895 habitantes, distribuidos en el área rural 255.465 (INEC, 2001), la parroquia suroccidental del sector rural conocida como Picaihua es la que tiene mayor tendencia a expulsar gente al exterior (El Comercio, 2007). Según el último censo de población y vivienda realizado por el INEC en el 2001, 330 personas pertenecientes a esta parroquia, 185 hombres y 145 mujeres, emigraron en busca de trabajo. (INEC, 2007)

Este estudio permite visualizar la situación de los adolescentes hijos de migrantes de la parroquia de Picaihua, por lo que los objetivos planteados para esta investigación se fundamentan en primer lugar en buscar la presencia de maltrato en los hogares de migrantes, en segundo lugar determinar cuál de los tipos de maltrato: físico, psicológico, negligente o sexual es el más frecuente, delimitando ciertos factores demográficos que influyen de alguna manera en la situación familiar en ausencia de alguno de los padres, con el propósito final de poder realizar un plan de intervención para promoción de buen trato a los adolescentes hijos de migrantes de la parroquia escogida, educando a las familias en riesgo, haciendo un seguimiento más estrecho por parte del personal médico, y mejorando el vínculo afectivo entre los jóvenes y sus familias actuales.

Para la información recolectada a los adolescentes hijos de migrantes de la parroquia de Picaihua en la provincia de Tungurahua se buscaron los hogares cuyo padre y/o madre migraron, que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio y que quisieran participar en la realización de las encuestas aplicadas al adolescente y al responsable de su cuidado, se entrevistó al personal de salud del Subcentro de Picaihua, posterior a lo cual, toda la información fue tabulada y analizada por medio de Microsoft Excel, concluyendo con el análisis multivarial de cada pregunta y la exposición de tablas para cada variable, las conclusiones de este estudio fueron utilizadas para la planificación del plan de intervención para promover el buen trato a los adolescentes en la parroquia señalada.

REVISION LITERARIA

1. SINDROME NORMAL DE LA ADOLESCENCIA

1.1 Definición de Adolescencia

Es el período de transición entre la niñez y la adultez, siendo un tiempo que obliga al individuo a reformular los conceptos que tiene sobre sí mismo y que lo lleva a abandonar su propia imagen infantil y a proyectarse en el futuro, integrándose en el mundo del adulto donde tendrá que aceptar su nueva configuración de ser humano, su morfología y la capacidad del ejercicio de su sexualidad para la procreación.

1.2 Normalidad

La estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un grado de conducta patológica esencial en la evolución normal de esta etapa y varía según el medio socioeconómico, político y cultural. Por eso se habla de una “patología normal de la adolescencia”.(Aberastury y Knobel, 1971)

La personalidad integrada puede reconocer conflictos que surgen en el camino, aceptándolos como una circunstancia pasajera y permitiendo la adaptación temporal según la necesidad.

En la adolescencia hay una exteriorización, modificada por la experiencia previa, de los remanentes de las fantasías psicóticas del bebé. La crisis

es tan severa que se reviven hasta las crisis más tempranas. Todo el proceso dependerá de los procesos de identificación y duelo que haya podido realizar el adolescente.

1.3 Clínica

1.3.1 Cambios físicos

Se dan en tres niveles: modificación sexual, producción de óvulos y espermatozoides maduros, desarrollo de las características sexuales primarias (agrandamiento del pene, testículos, útero y vagina) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (maduración mamaria, modificación de la cintura escapular y pelviana, crecimiento del vello pubiano y cambios de voz).

Se agregan las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general como son los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo.

1.3.2 Cambios psicológicos

Se da en diversas fases:

1.3.2. a Búsqueda de sí mismo y de la identidad.- El niño inicia la adolescencia con conflictos que se intensifican en ese momento, para luego experimentar una madurez estable, con determinado carácter y personalidad adultos.

Los cambios físicos que van a la par, provocan perturbación, el aspecto desalineado, la falta de similitud con los que lo rodean en el medio familiar, despiertan insatisfacción. El proceso de duelo necesita tiempo, el verdadero proceso de la adolescencia es prolongado.

1.3.2.b Tendencia grupal.- Hay un comportamiento que busca uniformidad, la cual brinda seguridad y estima, todos se identifican con cada uno. A veces es tan intenso que el individuo pertenece más al grupo de amigos que a su familia, siguiendo modas, costumbres, preferencias, etc, del grupo.

1.3.2.c Necesidad de intelectualizar y fantasear.- La constante fluctuación de la identidad adolescente pasa por momentos de angustia que obligan a un refugio interior, que permite un reajuste emocional, hay preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, estableciendo así diferencias entre el mundo interior y exterior que le permiten entender mejor los cambios que se están dando.

1.3.2.d Crisis religiosas.- Que se dan como una forma de solucionar la angustia que vive en su búsqueda de identificaciones positivas. Comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y la aceptación de la posible muerte de ellos. Por eso hace identificaciones con imágenes que

le aseguren la continuidad de la existencia de sí mismo y de sus padres infantiles.

Si las situaciones de frustración y de pérdida son muy penosas, el refugiarse en el ateísmo, puede también darse como una actitud compensadora y defensiva.

1.3.2.e Desubicación temporal.- Convierte el tiempo en presente y activo en un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y las postergaciones irracionales. Por ejemplo: falta mucho para el examen y es al otro día. La búsqueda de la identidad adulta del adolescente está ligada a su capacidad de conceptuar el tiempo.

1.3.2.f Evolución sexual (desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta).- La masturbación como fase genital previa, será la actividad que llevará al aprendizaje, la curiosidad sexual se expresa en el interés por la pornografía. El proceso masturbatorio está presente desde la temprana infancia hasta la adolescencia avanzada, y le permite al individuo ir pasando por diferentes etapas, hasta ir integrando sus genitales al concepto de sí mismo, formando una identidad genital adulta con capacidad procreativa, independencia real y capacidad de formar una pareja estable.

Hay momentos en los que el adolescente pasa por períodos de homosexualidad que expresan la proyección de la bisexualidad perdida y anhelada, pueden verse aspectos de conducta femeninos en el varón, y masculinos en la niña, que son las expresiones de una bisexualidad no resuelta. En el varón aparecen idealizaciones del padre que adquiere las características de un ser bueno y poderoso, en cambio, la niña puede aceptar la belleza de sus atributos femeninos, identificándose con los aspectos positivos de su madre.

1.3.2.g Actitud social reivindicatoria antisocial de diversa intensidad.- El proceso de la adolescencia no depende solamente del adolescente, la familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de su conducta.

Toda la sociedad interviene activamente en el conflicto del adolescente, los adultos se tornan hostiles, aislándolos del mundo de los adultos, por eso la entrada a la pubertad está muy señalada en casi todas las culturas.

1.3.2.h Contradicciones en todas la manifestaciones de la conducta, dominada por la acción.- En este período, el adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta aunque lo intenta. Tiene una personalidad que recibe de todo y también proyecta variabilidad, lo que provoca depresión.

1.3.2.i Separación progresiva de los padres.- Hay un duelo por los padres infantiles. En los padres también se despierta ansiedad por la genitalidad y el desprendimiento real, negando el crecimiento de los hijos, que sienten algún grado de persecución.

1.3.2.j Fluctuaciones de humor y de estado de ánimo.- Sentimientos de ansiedad y depresión acompañarán permanentemente el período de la adolescencia, por lo que en el proceso de fluctuaciones dolorosas permanentes, la realidad no siempre satisface las aspiraciones del individuo, pudiendo presentarse en el individuo una sensación de fracaso que pueden obligarlo a refugiarse en sí mismo, dando origen al sentimiento de soledad típico de esta etapa, o al aburrimiento y desaliento. (Aberastury, 1979)

2. MALTRATO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

2.1 Generalidades

El maltrato a niños niñas y adolescentes es uno de los problemas de salud más antiguos que se pueden conocer, siendo una conducta común observada en los progenitores o responsables de la crianza de los menores a su cargo, aprendida a través de generaciones por múltiples formas de actuar de los adultos, en búsqueda de fijar disciplina en el

hogar y en la firme convicción de que el uso de la violencia, que no se considera una acción negativa, logre una adecuada guía en el crecimiento del menor, sin pensar en las posibles consecuencias que pueden acarrear el abuso físico y mental que se utilizan comúnmente con éste propósito.

El maltrato infantil como tal es un problema tan antiguo como el hombre, descrito en 1868 por Ambrosie Tardieu. En 1946 nuevos conceptos fueron añadidos por Caffey, pero es Henry Kempe y Silverman en 1962 quienes acuñaron el término de síndrome del niño golpeado a este grupo de signos y síntomas que observaron en niños maltratados y ampliado por Fontana al indicar la clasificación que hoy conocemos y sustituir el concepto de *golpeado* por el de *maltratado* (Francia, 2003 Aynsley, 2009).

2.2 Definición

Niño maltratado es todo aquel menor de 19 años que ha sido objeto de agresiones por parte de los padres o custodios, por instituciones o por la sociedad, y por todas las condiciones derivadas de esos actos que privan a los niños de sus derechos, de sus necesidades fundamentales, dificultando su óptimo desarrollo. (Johnson, 2004 Puga, 1997 Prócel, 2007)

2.3 Epidemiología

El maltrato contra niños y adolescentes ocurre en todos los países del mundo, con una frecuencia que se relaciona de forma directa al nivel

socioeconómico y cultural de la población implicada, y al conocer que en Ecuador el nivel de pobreza asciende al 65%, la mitad de este porcentaje son menores de 18 años, según estadísticas en la ciudad de Quito hay 2 nuevos casos de maltrato por día cuyas edades de predominio van de los 6 a los 12 años en un 42%, más de 12 años el 27 % y el 24% corresponde a niños de 1 a 5 años (Chiriboga 1997), siendo un 38% maltrato físico-psicológico, el 23% abuso sexual y daño exclusivamente físico el 16% (Sevilla, 1999), tomando en cuenta que por lo general las denuncias son por maltrato moderado a severo quedaría un importante subregistro de niños y adolescentes que sufren maltrato psicológico y negligente. (Chiriboga, 1997)

Los niños y niñas son víctimas en porcentajes similares (46% y 54% respectivamente), y quienes producen el maltrato generalmente son los padres, principalmente la madre (Paredes, 2004 Chiriboga, 1997)

El abuso sexual se da en 3 de cada 10 niños en el Ecuador (Prócel, 2007) en Quito se produce mayormente en niñas (82%) con respecto a los niños (18%). El agresor usualmente es alguien cercano a la familia o un pariente directo (Chiriboga, 1997 Chiriboga y Játiva, 2002 Strange y Ahrens, 2001).

Entre la población que se encuentra viviendo en pobreza se observa un aumento de malos tratos físicos, debido a que hay un aumento de la

violencia en las áreas en las que viven, desempleo, familias mono parentales y el uso de sustancias como alcohol y drogas (Johnson, 2004)

La existencia de malos tratos conyugales aumenta el riesgo de maltrato al menor. En Ecuador el 46% de mujeres son maltratadas por su conyugue (Arias, 2007). Más del 90% de padres maltratadores no presentan rasgos psicóticos ni criminales en su personalidad, más bien son personas solitarias, malhumoradas, jóvenes que no han planificado sus embarazos, con escaso o nulo conocimiento sobre el desarrollo y la salud del niño. El 10 a 40% de los padres maltratadores han sido objeto de malos tratos en su niñez (Johnson, 2004).

De 50 muertes de niños pequeños maltratados en Argentina, 10 casos fueron por llanto, 10 casos por micción/defecación, 3 casos por pedir comida, 2 casos por gemidos y 1 caso al nacimiento (Puga, 1997).

Astolfi y colaboradores, según reporta Puga en Meneghello 1997, realizaron un estudio en la morgue judicial de la ciudad de Buenos Aires analizando protocolos de autopsias detectaron 616 muertes violentas en niños y adolescentes cuyas causas correspondieron a fractura de cráneo el 22%, herida de bala 22%, traumatismos 22%, asfixia 12%, quemaduras 10% y otras 12%. En lactantes y neonatos hay predominio de fracturas de cráneo y asfixia.

Alrededor de una cuarta parte de los informes comprobados de maltrato infantil se originan de profesionales de la salud (Strange y Ahrens, 2001).

2.4 Etiopatogenia

Hablar sobre violencia hacia un niño es un tema de gran complejidad, tomando en cuenta que para que ocurra maltrato estarán involucrados varios factores de tipo cultural, psicológico, educacional, económico y social, convirtiéndose en un ciclo continuo en el cual el progenitor o persona a cargo viene de un ambiente violento y reproduce en el niño la predisposición de violencia a futuro, provocando, además, varias consecuencias sobreañadidas como familias desorganizadas, desempleo, drogadicción, prostitución, delincuencia, alcoholismo y demás actitudes que crean una sociedad alterada en gran medida (Puga, 1997).

La detección de factores de riesgo de malos tratos y abandono deben realizarse desde el embarazo y continuar hasta la niñez como parte de la historia clínica habitual y en todos los casos en los que se haya determinado maltrato (Johnson, 2004).

La presencia de factores de riesgo en los progenitores o el niño debe aumentar el índice de sospecha de maltrato, sin embargo cuando tal maltrato no puede documentarse, se debe solicitar la participación de los servicios preventivos (Johnson, 2004) debido a que el abuso se da de forma recurrente (Strange y Ahrens, 2001).

La importancia, severidad y cronicidad de las consecuencias depende de:

- Intensidad y frecuencia del maltrato

- Características del menor como son edad, sexo, susceptibilidad, temperamento, etc.

- El uso o no de la violencia física.

- Relación del menor con el agresor.

- Apoyo intrafamiliar a la víctima.

- Acceso e intervención de los servicios de ayuda médica, psicológica y social (Hernández González, 2004).

La sociedad ha colocado al Pediatra como médico de cabecera del niño y adolescente en un lugar estratégico para actuar preventivamente, por lo que tiene la obligación de indagar en la semiología de la familia, su origen, su constitución, integración, en qué estado de maduración se encuentra y cuáles son sus perspectivas y expectativas futuras para poder detectar importantes factores de riesgo (Puga, 1997).

2.5 Factores de Riesgo

2.5.1 Generales:

- Madre menor de 30 años
- Problemas conyugales entre los padres del niño
- Padres de bajo estrato social (no se descartan estratos elevados)
- Prolongada insatisfacción de necesidades básicas
- Irresponsabilidad del Estado

- Marginalidad, alcoholismo, drogadicción, prostitución
- Padres adolescentes
- Padre o madre con depresión o baja autoestima
- Desempleo (Sevilla, 1999)
- Separación madre-hijo en período neonatal
- Hijo de migrante o desplazado (Prócel, 2007)
- Niños institucionalizados (orfelinatos, guarderías)
- Hospitalización recurrente
- Discapacidad o malformaciones

2.5.2 Según el grupo etario:

Preconcepcionales:

- Embarazo no planificado

Prenatales:

- Embarazo no deseado
- Parto prematuro

Perinatales:

- Peso al nacer menor de 2500 gramos
- Falta de lactancia materna

Lactantes:

- Alimentación artificial

Preescolar y escolar:

- Deserción escolar
- Mendicidad
- Trabajo infantil

Adolescencia:

- Pandillas
- Drogadicción
- Fuga del hogar
- Trabajo

2.5.3 Aspectos de fondo de la migración como factor de riesgo

Este es uno de los factores de riesgo de gran importancia, causa de malos tratos, debido a que los padres que dejan a sus hijos se ven sometidos a grandes privaciones y tensiones emocionales (Moncayo, 2006), con hogares desintegrados, madre o padre solos, niños privados de la presencia de los padres, por lo que es necesario prestar especial interés a éste fenómeno social, económico y político. (Paredes, Bravo y Calle, 2004)

La situación de las familias de emigrantes ha experimentado cambios que han obligado a que el concepto de familia varíe en base a nuevas condiciones de vida.

Como consecuencias de la migración se observan efectos negativos con la presentación de familias mono parentales, es decir, padres, madres solteros/as, tutores, hijos que asumen los cuidados de sus hermanos, o son dejados al cuidado de amigos o vecinos. (Paredes, Bravo, Calle 2004)

La familia vista como un sistema es el grupo humano básico, el modelo estructural primario en el que se desarrolla el individuo en todos los ámbitos, pero al hablar de migración, la familia es el sistema más afectado, la decisión de migrar no es una decisión individual sino familiar, que en muchos casos se da como una estrategia para enfrentar las crisis económica, social, política y legislativa en la que se encuentra un país. El porcentaje de niños que vive con uno de sus padres o sin ninguno de ellos, ha crecido de forma alarmante, estableciendo, por este hecho nuevas figuras parentales. Los hijos se enfrentan al abandono de sus padres debiendo acostumbrarse a la ausencia, las carencias, las ternuras que les falta, las privaciones físicas y emocionales que implican el separarse de sus figuras parentales, todo esto en medio de un contexto de cambios y mudanzas por las que deben pasar. (Moncayo, 2006)

Las migraciones tienen efectos tanto positivos como negativos.

Positivos: la inversión de las remesas de dinero que envían los emigrantes; la disminución del desempleo, el aumento de la productividad.

Negativos: esta situación provoca múltiples problemas en las familias, que incluyen decaimiento y deserción escolar, incremento del fenómeno de las pandillas juveniles, consumo de drogas , sin pretender que la migración sea la única causa de estos fenómenos (Wikipedia, 2009).

2.6 Clasificación de Maltrato

Comprenden actos:

2.6.1 De carácter físico

El abuso de tipo físico se define como la lesión intencionada hacia el menor (Johnson, 2004), pudiendo ser externa como equimosis, quemaduras, laceraciones o internas como fracturas o lesión de órganos. (Sevilla, 1997)

Dentro del maltrato físico se encuentra el *Síndrome de Munchausen por poderes* que consiste en llevar a cabo una acción engañosa, frecuentemente por la madre (Prócel, 2007) con el fin de simular una enfermedad (Sevilla, 1999) que hasta en el 10% de los casos puede llevar a la muerte, además de pruebas médicas, hospitalizaciones y tratamientos innecesarios. (Johnson, 2004 Prócel, 2007)

2.6.2 De carácter psicológico

Provoca perturbación emocional, alteraciones psicológicas o baja autoestima en los niños o adolescentes, incluyendo aspectos de tipo verbal o conductual intencionada por parte de la persona responsable como atemorizar, amenazar, reprimir e insultar, aislar y explotar. (Arias, 2007)

2.6.3 De carácter sexual

Se lo define como cualquier acto intencionado que pretenda obtener estimulación o gratificación sexual por parte de un adulto (Johnson, 2004), otro menor o incluyendo a terceros, produciendo confusión y dolor en la víctima (Sevilla, 1999)

2.6.4 Por negligencia

Es la omisión de cualquier acción necesaria para que haya un buen desarrollo tanto físico como psicológico, incluyendo falta de amor, apoyo, reconocimiento, estímulo que originan consecuencias emocionales negativas, falta de atención médica, vestimenta, escolaridad, alimentación, seguridad, que causan por negligencia retraso de crecimiento, del desarrollo y aprendizaje, produciendo el empeoramiento de enfermedades agudas o crónicas cuya evolución puede empeorar y producir la muerte y produciendo sentimiento de abandono en el menor. (Johnson, 2004)

Independientemente del tipo de agresión física o psicológica ejercida en el niño, niña o adolescente, todos los tipos de maltrato dejan trastornos conductuales, emocionales y sociales (Paredes, Bravo y Calle, 2004).

2.6.5 Maltrato Institucional

Dado en Instituciones estatales, hospitales, orfelinatos. (Prócel, 2007)

2.6.6 Maltrato Prenatal

Se da cuando, por actos de tipo voluntario, ya sea de la madre o personas de su entorno, influyen negativamente en el embarazo y pueden producir daños en el feto. (Prócel, 2007)

2.7 Manifestaciones Clínicas

Dentro de la violencia al menor, se observan distintas formas clínicas que se presentan en cualquiera de las etapas del desarrollo y se manifiestan de diferente manera según la edad del menor (Puga, 1997).

2.7.1 Descripción de las Lesiones Físicas

Se sospechan malos tratos físicos cuando se encuentran lesiones inexplicables o poco probables de que se hayan producido de forma natural.

Lo que se espera es que cuando hayan lesiones en el menor los padres actúen de manera rápida buscando ayuda médica, siempre y cuando los

padres no ignoren el significado de la lesión, y cuenten con medios de transporte necesarios, en cuyo caso no podría ser juzgado como maltrato. (Johnson, 2004)

Las lesiones físicas que pueden encontrarse son:

2.7.1.a Equimosis

Son las manifestaciones más frecuentes de maltrato físico, pudiendo estar en cualquier parte del cuerpo, pero en lugares como glúteos, genitales y dorso de manos son los de mayor sospecha, en cuello podemos observar huellas digitaloides en caso de intento de estrangulamiento. (Sevilla, 1999 Chriboga y Játiva, 2002) La forma de la lesión puede sugerir el objeto empleado como palos, cinturones, manos dejan marcas específicas, de éstos el más utilizado es la mano. (Johnson, 2004)

Las lesiones bilaterales, geométricas o simétricas deben hacer sospechar malos tratos. El color de la equimosis depende del tiempo y la profundidad de la lesión, la superficie corporal afectada y el color de la piel. Una equimosis azul o rojo violácea indica contusión reciente de entre 1 a 5 días, mientras que cuando es de entre 5 a 7 días se torna verde, las de coloración amarilla son de 7 a 10 días y las de 10 a 14 días de antigüedad son de color marrón. (Strange y Arhrens, 2001) Cuando hay varios colores en una misma zona indica múltiples contusiones en el mismo sitio. La piel obscura muchas veces es difícil de evaluar. (Johnson, 2004)

2.7.1.b Hematomas

Se encuentran por lo general en pabellón auricular, especialmente en la región posterior (Prócel, 2007).

2.7.1.c Fracturas

Depende de la edad y la fuerza aplicada al hueso del menor (Sevilla, 1999). Al estirar y torcer una extremidad se pueden provocar fracturas apofisárias o en asa de cubo de las metáfisis que por lo general son en espiral (Johnson, 2004) y se localizan en miembros inferiores sobre todo en fémur y en miembros superiores en humero (Robertson y Shilkolsky, 2006).

La fractura de costillas ocasionadas por trauma intencional se localizan en la región posterior cerca de la unión con la columna y no se encuentran desplazadas.

Las fracturas de cráneo deprimidas que se dan por impacto de un objeto en la cabeza, de más de 3 mm. de ancho, fracturas complejas, bilaterales y no parietales son sospechosas de maltrato (Sevilla, 1999 Robertson y Shilkolsky, 2006).

2.7.1.d Mordeduras

Al ser producidas por humano son en forma de media luna y en base al tamaño se puede identificar si es una mordedura de adulto o de un niño

dejando más de 3 centímetros entre los caninos, son por lo general lesiones aplastantes más que laceraciones (Sevilla, 1999 Robertson y Shilkolsky, 2006).

2.7.1.e Quemaduras

Que pueden ser:

Quemadura por salpicadura: también conocidas por derrame o por escaldadura, se producen al salpicar líquidos calientes al niño, siendo difíciles de diferenciar entre las intencionales y las accidentales (Sevilla, 1999 Strange y Ahrens, 2001).

Quemadura de contacto: refleja el perfil del objeto utilizado en el acto. Las quemaduras por cigarrillos son de tercer grado circulares, sobre elevadas y de tamaño uniforme. (Johnson, 2004) Otros objetos comunes utilizados son planchas, parrillas, placas calientes y focos luminosos (Strange y Ahrens, 2001).

Quemaduras por inmersión: son de segundo y tercer grado (Sevilla, 1999), ocurren cuando se sumerge al menor en agua caliente, teniendo una demarcación uniforme y distinguible. La inmersión de las extremidades produce patrones en guante o calcetín (Robertson y Shilkolsky, 2006), los pliegues pueden estar respetados por la flexión como el mecanismo de defensa del niño al momento de la inmersión. Es más frecuente en lactantes (Johnson, 2004).

2.7.1.f Trauma cráneo-encefálico intencionado

Que es la causa más frecuente de muerte por maltrato físico. Los hematomas subdurales que no se acompañan de marcas en el cuero cabelludo o de fracturas craneales pueden ser a causa de un golpe con la mano y es la lesión más frecuente al igual que la hemorragia subaracnoidea (Johnson, 2004 Sevilla, 1999). En el 85% de los niños sacudidos se encuentran hemorragias retinianas, siendo un signo patognomónico de maltrato (Robertson y Shilkolsky, 2006) dentro de lo que se conoce como shaken baby síndrome que por el mecanismo de sacudimiento produce trauma contuso en el cerebro.

2.7.1.g Trauma abdominal

Debido al impacto es la segunda causa de muerte más frecuente de muerte en niños pequeños maltratados físicamente. Por la flexibilidad de la piel puede estar ausente una equimosis que permita sospechar la lesión. Podemos encontrar ruptura hepática, esplénica o perforación, laceración intestinal, sobretodo en duodeno o yeyuno proximal. (Robertson y Shilkolsky, 2006) Hematomas intramurales pueden producir pseudoobstrucción intestinal. (Johnson, 2004)

2.7.1.h Trauma genital y/o anal

En todo niño, niña o adolescente que ha sido víctima de maltrato debe valorarse en lo posible a cargo de un especialista en presencia de los

familiares y un colaborador más del equipo de salud a cargo. (Chiriboga y Játiva, 2002) Se pueden observar equimosis, laceraciones, hemorroides, sangrado, lesiones himenales, cicatrices en el área externa de los genitales, ausencia de reflejo anal o dilatación del ano mayor de 1 cm. y evidencia de infecciones venéreas. (Puga, 1997 Robertson y Shilkolsky, 2006)

2.7.1.h Otras lesiones

Al tirar del cabello de manera intencional se produce alopecia en la que los pelos están rotos a distintas longitudes. (Johnson, 2004)

El frenillo sublingual puede estar desgarrado por la introducción forzada de chupón o biberón. (Sevilla, 1999 Prócel, 2004)

El ahogamiento, las intoxicaciones o los envenenamientos deben merecer especial atención. El homicidio es la forma de maltrato físico más brutal en niños y adolescentes (Puga, 1997).

2.7.2 Descripción de las Consecuencias Psicológicas

El maltrato de tipo psicológico puede producir retraso en el desarrollo físico e intelectual, trastornos en el lenguaje, la marcha, la talla, la alimentación, chupeteo, agresividad o apatía, inhibiciones lúdicas, insomnio, etc (Puga, 1997).

En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño, así como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábito en la comida, pérdida del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicosomáticos.

En escolares y adolescentes se encuentran: fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, problemas de relación interpersonal, ideas suicidas (Hernández González, 2004).

2.7.3 Descripción de consecuencias por negligencia

Se observarán falta de medidas higiénicas y dietéticas en el menor, que causan desnutrición, falta de crecimiento y desarrollo, que no se detectan a tiempo debido a que no se realizan controles médicos al niño sano ni atención médica al niño enfermo. La poca supervisión a niños pequeños puede terminar en accidentes frecuentes, y en los niños más grandes y adolescentes no hay control de las actividades realizadas. No solamente la violencia física puede conducir a la muerte, el maltrato por abandono también puede llevar al mismo desenlace.

2.7.4 Descripción de consecuencias por maltrato sexual

Se pueden observar depresión, timidez, ansiedad, conductas sexuales inapropiadas, agresividad, además de las distintas lesiones físicas e incluso embarazos no deseados en pacientes adolescentes.

2.8 Diagnóstico

2.8.1 Historia clínica

Es el documento más importante, no solo para la atención médica del menor, sino por ser un documento legal que en consecuencia debe ser elaborado en forma clara, precisa, completa y responsable. (Chiriboga y Tejada, 1997)

Niños mayores de 3 años son capaces de dar información verídica acerca de la persona que le induce el maltrato, pero esta información será limitada cuando están preocupados por posibles actos posteriores del agresor o amenazas de separarlo del hogar, de un familiar querido o de actividades de las cuales el menor disfruta. (Johnson, 2004)

Se deberá documentar la hora y la fecha, la persona que acompaña al niño, debido a que si es traído por alguien ajeno a sus padres debe hacer sospechar que se trata de un caso de maltrato. (Sevilla, 1999)

Se solicitará una descripción bien detallada de las condiciones en las que sucedió el incidente, dónde, cuándo, cómo, por qué, quién presenció el

incidente, altura de la caída, superficie en donde el niño recibió el impacto, demoras en la búsqueda de auxilio, reticencia de los padres a dar información, relato de historias que no coinciden con lo observado en el menor, interacción inapropiada entre el niño y la persona que lo cuida observándose por parte de éste último actitudes hostiles, amenazantes o demandantes, problemas de violencia familiar, alcoholismo, drogadicción. Durante el interrogatorio el médico debe adoptar una actitud amable y profesional y no convertirse en inquisidor o acusador. Deben registrarse las propias expresiones del informante, las que deben constar entre comillas (Sevilla, 1999 Puga, 1997 Chiriboga y Tejada 1997 Strange y Ahrens, 2001).

La habilidad para detectar y diagnosticar el Síndrome de niño maltratado depende de sospechar y conocer sus características. Si la sospecha se da en un niño de menos de 5 años se hace necesaria su hospitalización, si es mayor puede plantearse o no la hospitalización según las lesiones que presente. (Puga, 1997)

En caso de abuso sexual se deberá realizar una entrevista minuciosa que relate con las palabras del menor los hechos, se deberán utilizar preguntas abiertas y las entrevistas al niño y los familiares se realizarán por separado por personal forense especializado (Strange y Ahrens, 2001).

2.8.2 Examen Físico

Debe ser detallado y completo. Es importante revisar al niño retirando la ropa para poder identificar lesiones antiguas o lesiones que no guarden relación con el presente problema. (Sevilla, 1999) Las mediciones de peso y talla pueden estar por debajo del percentil 5. (Strange y Ahrens, 2001)

Se deberá dibujar un esquema de todas las lesiones sin importar cuáles el examinador crea que son accidentales.

Niños con variadas lesiones de tejidos blandos en diferentes estados de resolución, traumatismos de causa desconocida, episodios similares anteriores, distribución típica de las fracturas en huesos largos o cráneo, síntomas inexplicables de abdomen agudo, desnutrición, irritabilidad, personalidad reprimida, visitas múltiples a diferentes instituciones de salud, , hallazgos neurológicos son manifestaciones que deben alertar al pediatra. (Puga, 1997)

En caso de abuso sexual se puede utilizar lupa o un otoscopio para mejor visualización en niños pequeños, en adolescentes se pueden utilizar espejos vaginales, y tomar en cuenta que en más del 50% el examen físico es normal.

2.8.3 Exámenes Complementarios

La valoración de laboratorio del menor con posible abuso varía según la presentación. Sin embargo todo paciente con equimosis o hemorragia

importante debe tener biometría hemática completa que incluya plaquetas y tiempo de protrombina y tromboplastina parcial para descartar diátesis hemorrágica. En caso de múltiples fracturas se determinará concentración sérica de calcio, fosfato y fosfatasa alcalina para descartar osteopatía subyacente (Sevilla, 1999 Strange y Ahrens, 2001).

En niños con falta de progreso en el crecimiento debe incluirse examen de orina.

En el caso de molestias abdominales se realiza detección de enzimas hepáticas y amilasa. Pueden requerirse radiografía simple de abdomen o TAC abdominal.

El estudio de imagen sea TAC (de primera elección) o Rx en caso de no contar con TAC es el principal estudio en caso de maltrato y muestra fracturas de cráneo, de huesos largos o de costillas en distintos estados evolutivos, lesiones metafisarios o epifisarias, hemorragias o calcificaciones subperiósticas son datos prácticamente confirmatorios de traumatismo intencionado.

En violación sexual se deberá recolectar muestras si el daño fue dado en las últimas 72 horas, los cultivos a realizarse son de faringe, vagina, meato uretral y recto, buscar Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae. En sangre valoración de sífilis. En caso necesario solicitar anticuerpos para herpes simple. En pacientes con secreción vaginal detectar en fresco Trichomonas vaginalis. En caso de condilomas realizar

biopsia para papilomavirus. En casos selectos realizar pruebas para VIH (Johnson, 2004 Puga, 1997).

2.9 Tratamiento

El propósito del tratamiento es evitar la reiteración del episodio violento. Se trata de reconstruir los vínculos familiares a través de un abordaje interdisciplinario, compuesto por pediatras, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos y abogados (Puga, 1997).

En situaciones de maltrato confirmado el niño habitualmente debe ser hospitalizado para realizar la curación de las lesiones y para reparar los daños sufridos, tratando de recomponer la estructura familiar antes del alta médica y dar educación y asesoramiento de la persona que cuida al niño. (Strange y Ahrens, 2001)

Otros casos que ameritan ingreso hospitalario son diagnósticos no claros y cuando no se dispone de un lugar alternativo para la estancia del menor hasta que se encuentre fuera de peligro (Johnson, 2004). Nunca se debe acusar a los padres de mentir o de haber perpetrado maltrato al niño. (Sevilla, 1999 Chiriboga y Tejada, 1997)

En casos de abuso sexual el médico está en la obligación de notificar el caso a los organismos de servicio para protección del menor y a aquellos encargados de hacer cumplir la ley. Es importante la remisión para asesoramiento psicológico del niño y la familia. En ciertos casos está

indicado el tratamiento profiláctico de enfermedades de transmisión sexual. En caso de violación se debe tomar en cuenta el riesgo de un posible embarazo. (Strange y Ahrens, 2001)

Cuando la gravedad del cuadro hizo que el juez quitara la patria potestad, se otorga el egreso bajo guarda, con fines de adopción.

Los hospitales que tienen servicio de Psicopatología o Centro de detección y tratamiento de niño maltratado se hacen cargo de cada niño en particular, logrando un resultado satisfactorio el 50% de las veces, según demuestra el número de reingresos. (Puga, 1997) Aquellos centros que no cuentan con este tipo de organización podrán considerar la remisión a un establecimiento pediátrico apropiado. (Strange y Ahrens, 2001)

2.10 Fundamentación Legal

Pensar el tratamiento integral para un niño maltratado, implica conocer los aspectos jurídicos para una certera intervención. Las leyes y códigos penales de toda sociedad tienen como propósito regular las conductas sociales de los individuos. (Puga, 1997)

En el terreno de los derechos del niño y adolescente en relación con la violencia en la infancia, la formación de leyes nacionales y su reglamentación obliga a la denuncia de las distintas situaciones por parte

del médico o de los integrantes del equipo de salud para no incurrir en negligencia médica. (Chiriboga y Tejada, 1997)

La Constitución ecuatoriana realizada en el año 2008 indica en el capítulo tercero sobre los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria , sección quinta sobre niños, niñas y adolescentes, artículo 44 que: " el estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad ".

Ibidem, artículo 45 indica que: " Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar"

Ibidem, artículo 46 el Estado adoptará entre otras, medidas que sirvan para seguridad de los menores, ítem 4 " protección y atención contra todo

tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones”

Según el Código de la Niñez y Adolescencia publicado en Registro Oficial 737 en Enero del 2003, se establece en el Capítulo I de Disposiciones generales, artículo 17, el deber jurídico de denunciar: toda persona incluida a las personas judiciales y administrativas, que por cualquier medio tenga conocimiento de la violación de un derecho del niño, niña o adolescente, está obligada a denunciarla ante la autoridad competente, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas.

Ibidem, Capítulo IV sobre derechos de protección, artículo 50, Derecho a la integridad personal: los niños, niñas o adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

Ibidem, artículo 52 sobre Prohibiciones relacionadas con el derecho a la dignidad e imagen. Se prohíbe:

1. La participación de niños, niñas y adolescentes en programas, mensajes publicitarios, en producciones de contenido pornográfico y en espectáculos cuyos contenidos sean inadecuados para su edad;

3. La publicación o exhibición de noticias, reportajes, crónicas, historias de vida o cualquiera otra expresión periodística con imagen o nombres

propios de niños, niñas o adolescentes que han sido víctimas de maltrato o abuso;

4. La publicación o exhibición de imágenes y grabaciones o referencias escritas que permitan la identificación o individualización de un niño, niña o adolescente que ha sido víctima de maltrato, abuso sexual o infracción penal, y cualquier otra referencia al entorno en el que se desarrollan. Aun en los casos permitidos por la ley, no se podrá utilizar públicamente la imagen de un adolescente mayor de quince años, sin su autorización expresa; ni la de un niño, niña o adolescente menor de dicha edad, sin la autorización de su representante legal, quien sólo la dará si no lesiona los derechos de su representado.

Ibidem Título IV de la protección contra el maltrato, abuso, explotación sexual, tráfico y pérdida de niños, niñas y adolescentes, artículo 72, sobre las personas obligadas a denunciar: Las personas que por su profesión u oficio tengan conocimiento de un hecho que presente características propias de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes, incluida la Defensoría del Pueblo, como entidad garante de los derechos fundamentales.

Ibidem, artículo 79 sobre medidas de protección para los casos previstos en este título y sin perjuicio de las medidas generales de protección previstas en este Código y más leyes, las autoridades administrativas y judiciales competentes ordenarán una o más de las siguientes medidas:

1. Allanamiento del lugar donde se encuentre el niño, niña o adolescente, víctima de la práctica ilícita, para su inmediata recuperación. Esta medida sólo podrá ser decretada por el Juez de la Niñez y Adolescencia, quien la dispondrá de inmediato y sin formalidad alguna;

2. Custodia familiar o acogimiento institucional;

3. Inserción del niño, niña o adolescente y su familia en un programa de protección y atención;

4. Concesión de boletas de auxilio a favor del niño, niña o adolescente, en contra de la persona agresora;

5. Amonestación al agresor;

6. Inserción del agresor en un programa de atención especializada;

7. Orden de salida del agresor de la vivienda, si su convivencia con la víctima implica un riesgo para la seguridad física, psicológica o sexual de esta última; y de reingreso de la víctima, si fuere el caso;

8. Prohibición al agresor de acercarse a la víctima o mantener cualquier tipo de contacto con ella;

9. Prohibición al agresor de proferir amenazas, en forma directa o indirecta, contra la víctima o sus parientes;

10. Suspensión del agresor en las tareas o funciones que desempeña;

11. Suspensión del funcionamiento de la entidad o establecimiento donde se produjo el maltrato institucional, mientras duren las condiciones que justifican la medida

12. Participación del agresor o del personal de la institución en la que se haya producido el maltrato institucional, en talleres, cursos o cualquier modalidad de eventos formativos; y,

13. Seguimiento por parte de los equipos de trabajo social, para verificar la rectificación de las conductas de maltrato.

En casos de emergencia que aporten indicios serios de agresión o amenaza contra la integridad física, sicológica o sexual del niño, niña o adolescente o de delito flagrante, las entidades de atención autorizadas podrán ejecutar provisionalmente las medidas de los numerales 2 a 9, 12 y 13, y ponerlo en conocimiento de la autoridad competente en el plazo máximo de setenta y dos horas, para que disponga las medidas definitivas.

Ibidem, artículo 80 sobre Exámenes médico legales a un niño, niña o adolescente, se practicarán en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad física y emocional del paciente.

Salvo que ello sea imprescindible para su tratamiento y recuperación, se prohíbe volver a someter a un niño; niña o adolescente víctima de alguna de las formas de maltrato o abuso señalados en este título, a un mismo examen o reconocimiento médico legal.

Los profesionales de la salud que realicen estos exámenes, están obligados a conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba encontrados; y a rendir testimonio propio sobre el contenido de sus informes.

Los informes de dichos exámenes, realizados por profesionales de establecimientos de salud públicos o privados y entidades de atención autorizadas, tendrán valor legal de informe pericial.

El Código de la niñez, en el Libro Segundo sobre el niño, niña y adolescente en sus relaciones de familia, Título II acerca de la patria potestad artículo 113 se da privación o pérdida judicial de la patria potestad, por uno o ambos progenitores, en los siguientes casos:

1. Maltrato físico o psicológico, grave o reiterado del hijo o hija;

2. Abuso sexual del hijo o hija;

3. Explotación sexual, laboral o económica del hijo o hija;

4. Interdicción por causa de demencia;

5. Manifiesta falta de interés en mantener con el hijo o hija las relaciones parentales indispensables para su desarrollo integral, por un tiempo superior a seis meses;

6. Incumplimiento grave o reiterado de los deberes que impone la patria potestad; y,

7. Permitir o inducir la mendicidad del hijo o hija.

Ibidem en el Título X, la administración de la justicia de la niñez y la adolescencia Capítulo II, Órganos de la Administración de Justicia Especializada de la Niñez y Adolescencia artículo 259 está conformado por los Juzgados de Niñez y Adolescencia, artículo 260 funcionará, en cada distrito judicial, una Oficina Técnica integrada por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y más profesionales especializados en el trabajo con la niñez y adolescencia, que se considere necesario, en el número que para cada caso determine el Consejo Nacional de la Judicatura.

Esta Oficina tendrá a su cargo la práctica de los exámenes técnicos que ordenen los Jueces de Niñez y Adolescencia y sus informes tendrán valor pericial.

Ibidem, Capítulo IV Procedimientos judiciales, Sección Primera, Normas especiales para la investigación de la Policía y de la Oficina Técnica, en el artículo 268 regula la investigación de la Policía y de la Oficina Técnica de

la Niñez y la Adolescencia para la sustanciación de las investigaciones en las que intervendrán el Ministerio Público, la DINAPEN u otras unidades de la Policía Nacional y la Oficina Técnica, quienes tienen la obligación de presentar informes mensuales sobre las actividades realizadas y los resultados de las mismas.

Las organizaciones encargadas del bienestar de los menores son responsables del desarrollo y control del manejo del niño maltratado y su familia (Johnson, 2004).

2.11 Prevención

Prevenir el maltrato infantil no constituye trabajo fácil e implica un esfuerzo coordinado de profesionales, educadores y sociedad en general, entendiendo que el niño es el ” síntoma-guía ” de la disfunción familiar, y que para evitar primero se deberán detectar, en especial por los educadores, señales físicas de maltrato o abandono en cuanto a higiene, alimentación, cansancio, apatía, agresividad, problemas de aprendizaje y desarrollo, cambios de comportamiento, conducta antisocial, fugas, vandalismo, hurtos, poco interés por las tareas escolares y faltas frecuentes. (Gómez de Terreros, 2007)

La limitación más importante en la prevención del maltrato radica especialmente en la multiplicidad de sus causas. Se han propuesto

muchos programas sobre la base de que el maltrato se reducirá en la medida en que se reduzcan la presencia de algunos de los factores de riesgo, otros planes tratan de intervenir en lo que podría constituir el factor causal básico (deficiente relación afectiva de los padres, ausencia de apoyo en la familia), entonces, las aproximaciones preventivas más prometedoras serán probablemente, aquellas que actúen en la mayor parte de factores que crean el ambiente propicio para el maltrato. (Gómez de Terreros, 2007)

Un Plan de Prevención es una herramienta ideal para la implantación de actividades preventivas en la institución, dotando a ésta de medios para la gestión de los aspectos de seguridad y salud individual de una forma estructurada.

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 generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad), por lo que pediatras y enfermeras de atención primaria se encuentran en una posición favorable para detectar niños menores de 5 años en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en éstos niños. En niños más grandes el papel protagónico lo tienen los educadores por el contacto

permanente que hay a nivel escolar con el niño o el adolescente y sus responsables. (Soriano, 2005)

2.11.1 Niveles de actuación

Se deben considerar tres niveles de actuación: la prevención primaria que es anterior al daño y debe ser llevada a cabo en la comunidad además en el apoyo de la crianza y protección del vínculo de los padres con el niño; prevención secundaria (con el daño en marcha) se lleva a cabo especialmente en servicios de pediatría de centros de salud y hospitales generales; y prevención terciaria (cuando las secuelas graves del daño ya se han establecido) en hospitales pediátricos y en instituciones especializadas (Johnson, 2004 Puga, 1997).

Prevención primaria, dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores.

Se recomienda:

- Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
- Intervenir en las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos.

- Intervenir en las "escuelas de padres" u otros centros comunitarios promoviendo valores de estima hacia la infancia, la adolescencia, la mujer y la paternidad.
- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación sexual en centros escolares y en el control de niño sano, y también, facilitando recursos de planificación familiar.
- Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia Clínica de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc. de la población pediátrica atendida. Actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y limites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psicológico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.

- Discutir a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabietas, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable .
- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.(Soriano, 2007)

Prevención secundaria, dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.

Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño, establecer estrategias, concentrado en las necesidades básicas de los niños más que en las omisiones en la atención por los padres. Evaluar la situación de negligencia y consultar con Servicio de Protección al Menor.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, 30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores.

- Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada (amenazas, reprimendas, sacudidas, etc.). Ofrecer métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres-hijos. Considerar remitir a la familia a psicología para educar en el "manejo del enfado y la ira"
- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento médico de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
- Coordinar con trabajo social objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Visita domiciliaria realizada a familias de alto riesgo, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un contenido de capacitación previamente definido para cada familia.
- Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño y Adolescente Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas) y de seguimiento de las familias de riesgo. Se incluyen las recomendaciones sobre métodos positivos de

disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos. (Soriano, 2007)

Prevención Terciaria, en caso de que el niño deba ser remitido a centros especializados en niños para manejo multidisciplinario.

Las líneas de actuación, en cualquier nivel de prevención, consisten en:

a. Organizar o participar en actividades informativas, individuales, grupales o comunitarias

b. Mejorar la comunicación con los padres y cuidadores.

c. Incrementar los controles clínicos en niños y adolescentes de riesgo o que ya han sufrido malos tratos

d. Evitar los malos tratos tanto por parte de educadores como del equipo de salud.

e. Inclusión del tema en los programas de salud (Gómez de Terreros, 2007)

El principal reto del pediatra lo constituye la prevención, cuya base es lograr la reintegración del niño u adolescente en su familia, lo que significa que habrá que tratar a las dos partes, posibilitando la ayuda a la familia y al niño, minimizando las consecuencias, tratando las secuelas y previniendo las recurrencias. (Soriano, 2007)

MATERIALES Y METODOS

Diseño

Es un Estudio Descriptivo Transversal.

Localización

Provincia de Tungurahua, parroquia rural de Picaihua

Universo

Según el Censo de población y vivienda realizado por el INEC 2001, en las proyecciones de población por provincias y parroquias para el año 2010 la parroquia rural de Picaihua cuenta con 8.873 habitantes, de los cuales, el grupo etáreo de entre 10 y 19 años son un total de 1910 adolescentes en la parroquia.

Muestra

Se buscaron en toda la parroquia a aquellas familias con adolescentes hijos de padre y/o madre migrante, se encontraron 174 hogares con adolescentes hijos de padre(s) migrante(s) en toda la parroquia, de los cuales aceptaron participar en el estudio 146 hogares. Personal médico de atención primaria del Subcentro de salud de Picaihua Área de Salud N# 2.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes de entre 10 años 1 día y 19 años 1 día cuyo padre y/o madre hayan emigrado al exterior del país.
- Persona encargada del cuidado del adolescente.
- Equipo de salud del Subcentro de Picaihua.

Criterios de Exclusión

- Habitantes ocasionales de la parroquia.
- Hogares que no tienen hijos con la edad solicitada dentro del rango de estudio a pesar de la emigración de sus progenitores
- Personas que no desearon participar

Técnica de recolección de la información

Se buscaron a los adolescentes hijos de migrantes y la persona responsable del cuidado casa por casa, con la ayuda del mapa de la parroquia que se encuentra en el Subcentro de Salud de la misma localidad.

Se realizó en base a los datos recolectados en el perfil demográfico del encabezado de la encuesta, el diagnóstico situacional de los adolescentes hijos de migrantes encontrados en la parroquia de Picaihua.

Previo a la aplicación de la encuesta pre-elaborada se obtuvo el consentimiento por parte de la persona a cargo del menor que indica que desea participar en el estudio junto con el adolescente a su cargo.

La Encuesta utilizada se la realizo en el domicilio al adolescente y a la persona encargada de su cuidado, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, aplicándola en un tiempo aproximado de 30 minutos por persona y por separado.

Para el levantamiento de información del personal del Subcentro de Salud, previo a la obtención del consentimiento verbal, se uso una Entrevista como herramienta.

Análisis estadístico

Los datos de la encuesta fueron tabulados en hoja electrónica de Microsoft Excel. Se realizó en base a los datos del perfil demográfico del encabezado de la encuesta la descripción general de la población, la cual se expresó mediante pasteles. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, para cada indicador se obtuvieron los promedios que miden cada tipo de maltrato.

Los datos de la entrevista fueron analizados individualmente, tomándolos como complemento de la encuesta hecha a la comunidad.

Propuesta

Se planteó, en base a los resultados obtenidos, una propuesta inicial para realizar a nivel de atención primaria promoción del buen trato en adolescentes de la comunidad en estudio.

Operacionalización de Variables

PERFIL DEMOGRÁFICO		
VARIABLE	**INDICADOR**	**ESCALA**
Adolescente	Años	10-13 años
		14-16 años
		17-19 años
	Género	Masculino-Femenino
Cuidador	Años	20-35 años
		36-49 años
		50-64 años
		Mayor de 65 años
	Estado civil	Casado
		Divorciado/Separado
		Viudo
		Soltero
	Instrucción	Primaria
		Secundaria
		Superior
		Ninguna
	Parentesco	Padre-Madre
		Tío(a)
		Abuelo(a)
		Conocido(a)
Padre y/o madre	Persona ausente	Padre
		Madre

	Tiempo de migración de los padres	Ambos Menos de 5 años 5 a 10 años Más de 10 años

VARIABLE DEPENDIENTE: Maltrato en adolescentes

VARIABLE	DIMENSIÓN (TIPO DE MALTRATO)	INDICADOR	ESCALA	
			ADOLESCENTE	RESPONSABLE DEL CUIDADO
Maltrato en adolescentes CONCEPTO: Es toda persona entre 10 a 19 años que ha sido objeto de agresiones psicológicas, físicas, sexuales o negligentes por parte de los padres o custodios, por instituciones o por la sociedad, y por todas las condiciones derivadas de esos actos que privan a los niños de	Psicológico	Agresividad Depresión, timidez, ideas autolíticas	1. Tus respuestas por lo general hacia los demás son: a. Amables b. De forma agresiva e indiferente 2. ¿En tu hogar actual sientes seguridad y confianza? a. Si b. No 3. Haz intentando huir de tu casa? a. Si b. No 4. Frecuentemente te sientes a. alegre b. con sentimientos de tristeza y enojo 5. Por lo general pasas: a. Con amigos b. Con familia c. Solo estás más cómodo 6. Sientes que con quien vives te cuida y te protege? a. Si	

sus derechos, de sus necesidades fundamentales, dificultando su óptimo desarrollo.			b. No 7. La relación actual con tus padres es: a. Buena b. Mala 8. Haz intentado quitarte la vida? a. Si b. No	
		Fracaso escolar	9. Actualmente estudias? a. Si b. No 10. Tus actividades escolares son: a. Buenas b. Malas 11. La relación con tus profesores y compañeros es: a. Buena b. Mala	
		Delincuencia juvenil	12. Perteneces a alguna pandilla o grupo similar? a. Si b. No 13. Haz tenido problemas con la policía? a. Si b. No	
		Vicios	14. Consumes algún tipo	

		Relaciones interpersonales	de sustancia como alcohol, drogas o cigarrillos? a. Si b. No 5. Por lo general pasas: a. Con amigos b. Con familia c. Solo estás más cómodo 7. La relación actual con tus padres es: a. Buena b. Mala	1. Usted considera que su relación con el adolescente es: a.Buena b. Mala
	Físico	Lesiones físicas	15. La persona que cuida de ti te golpea a. Si b. No 16. A parte de la persona que está encargada de ti, hay alguien más que te golpea? a. Si b. No	2. Cuando el adolescente merece un castigo usted lo golpea con: a. Correa b. Palo c. Otros objetos d. No usa objetos 3. Usted castiga físicamente al adolescente de forma: a. Frecuente b. No lo hace
	Negligencia	Control de actividades	6. Sientes que con quien vives te cuida y te protege? a. Si b. No	4. Por lo general usted conoce las personas y lugares que son frecuentados por el adolescente?

			9. Actualmente estudias? a. Si b. no 16. A parte de la persona que está encargada de ti, hay alguien más que te golpea? a. Si b. No	a. Si b. No 5. El adolescente se comunica con su(s) padre(s): a. Frecuentemente b. Rara vez
		Cuidado en alimentación y vestido	17. La persona que cuida de ti se preocupa de tu alimentación, vestido, educación y bienestar a. Si b. No	6. Usted conoce las necesidades del adolescente sobre alimentación, vestimenta y educación: a. Si b. No siempre 7. La remesa que envía el papá y/o mamá del niño, cubre: a. Necesidades básicas de alimentación, educación y vestido, ahorro o compra de bienes. b.No recibe remesa
		Atención médica	18. Cuando te enfermas: a. Si recibes algún tipo de atención médica b. No recibes tratamiento	
	Sexual	Abuso sexual	19. En algún momento alguna persona: a. Te invitó a lugares apartados o te pidió	

		Violación	tener contacto físico de manera forzada b. Ninguna de las anteriores 20. Haz tenido contacto físico de tipo sexual a la fuerza? a. Si b. No	

VARIABLE INDEPENDIENTE: Plan para promoción de buen trato

VARIABLE	**INDICADOR**
Plan de intervención. CONCEPTO: Es una herramienta ideal para la implantación de actividades preventivas en la institución y en la comunidad, dotando a ésta de medios para la gestión de los aspectos de seguridad y salud individual de una forma estructurada.	- Psicológico, Social y Cultural - Programas de promoción de buen trato o prevención del maltrato

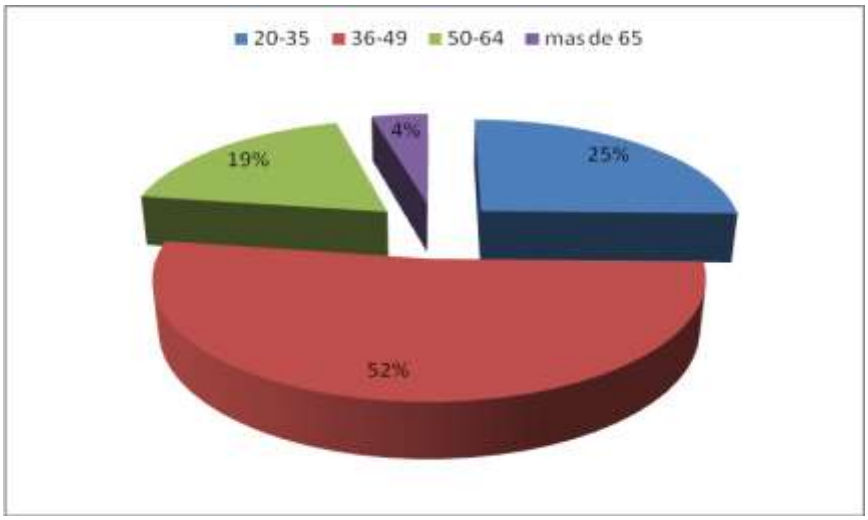
RESULTADOS

La población de estudio fueron los adolescentes de entre 10 y 19 años con padre y/o madre migrantes a cargo de terceras personas, cuya residencia es la parroquia rural de Picaihua en la provincia de Tungurahua, que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio, obteniéndose de toda la población migrante visitada casa por casa (174 hogares), un total de 146 adolescentes encuestados con igual número de representantes.

ANALISIS E INTERPRETACIÒN DE RESULTADOS

GRÁFICO #1

Edad del Cuidador del adolescente. Picaihua Tungurahua 2010



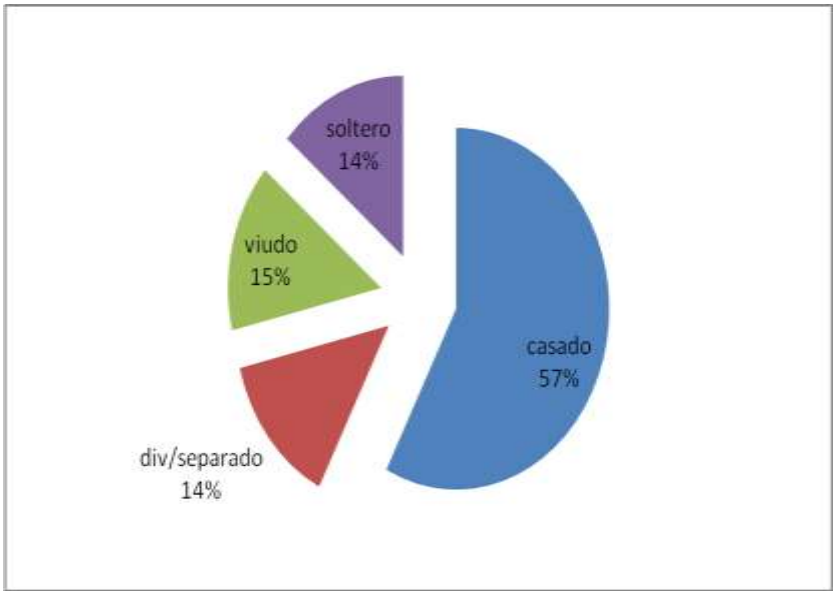
Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

La mayor parte de adultos a cargo se encuentran en el rango de edad que comprende los 36-49 años (52 %), una proporción similar van los adultos de 20-35 (25 %) y 50 -64 años (19 %), y en menor cantidad adultos de más de 65 años (4 %)

GRÁFICO # 2

Estado civil del cuidador del adolescente. Picaihua Tungurahua 2010



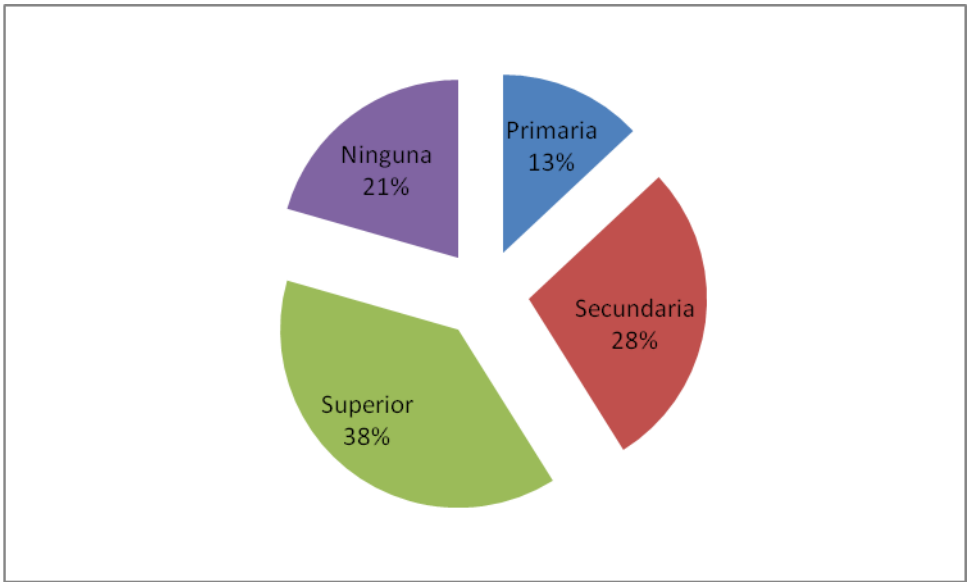
Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

La mayor parte de cuidadores están casados (57 %), mientras que se observa un porcentaje uniforme entre los adultos que se encuentran divorciados/separados (14 %), viudos (15 %) y solteros (14 %).

GRÁFICO # 3

Escolaridad del cuidador del adolescente. Picaihua Tungurahua 2010



Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

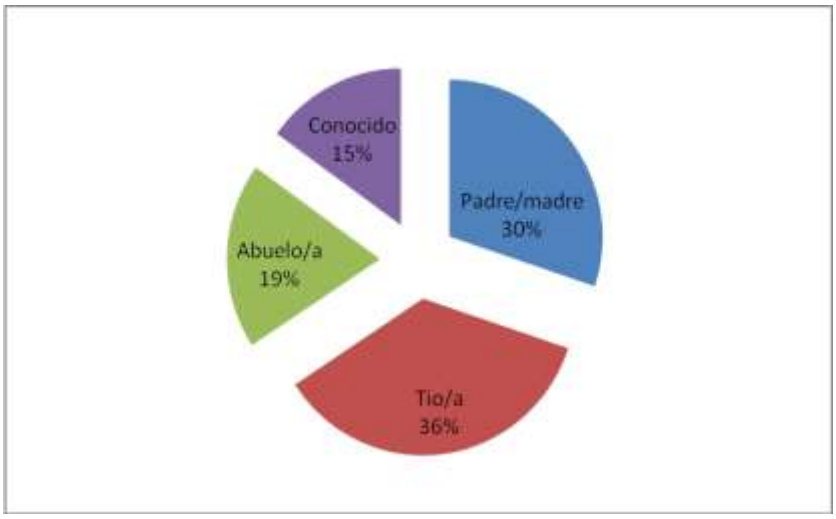
Análisis

Se puede notar mayor porcentaje de personas que tienen un nivel de instrucción superior (38 %), gran similitud entre nivel secundario (28 %) y analfabetismo (21 %), y un porcentaje representativo de adultos que solo cursaron el nivel primario (13 %).

GRÁFICO # 4

Parentesco del cuidador con el adolescente. Picaihua

Tungurahua 2010



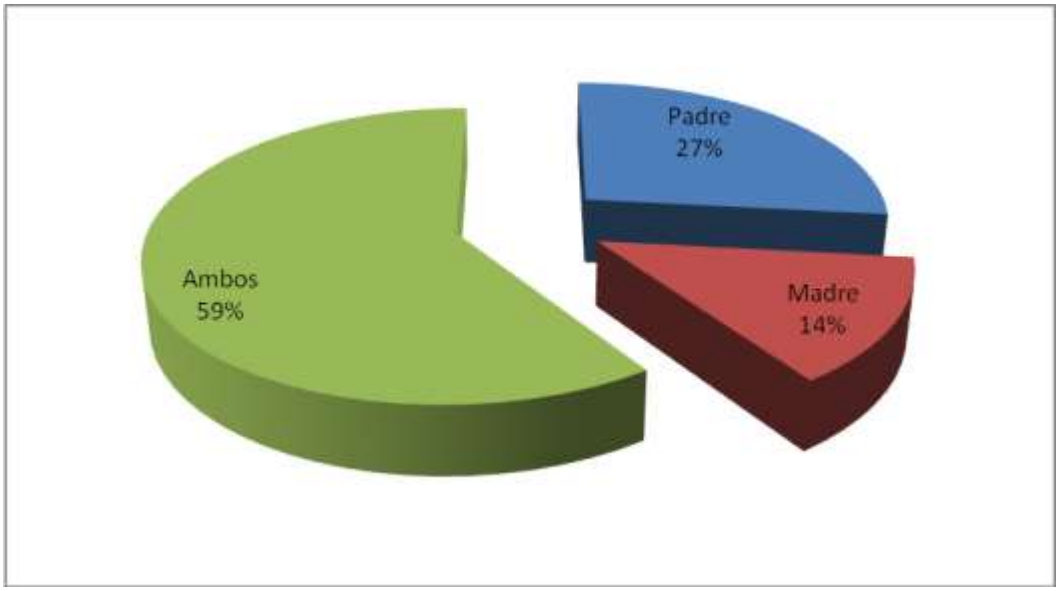
Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

La mayor parte de adultos que se han quedado a cargo de los adolescentes son tíos de los mismos (36 %), siguiendo en porcentaje se encuentran el padre o la madre (30 %), luego el/la abuelo/la (19 %), y un porcentaje significativo de conocidos sin parentesco con el adolescente (15 %).

GRÁFICO # 5

Progenitor del adolescente que emigró. Picaihua Tungurahua 2010



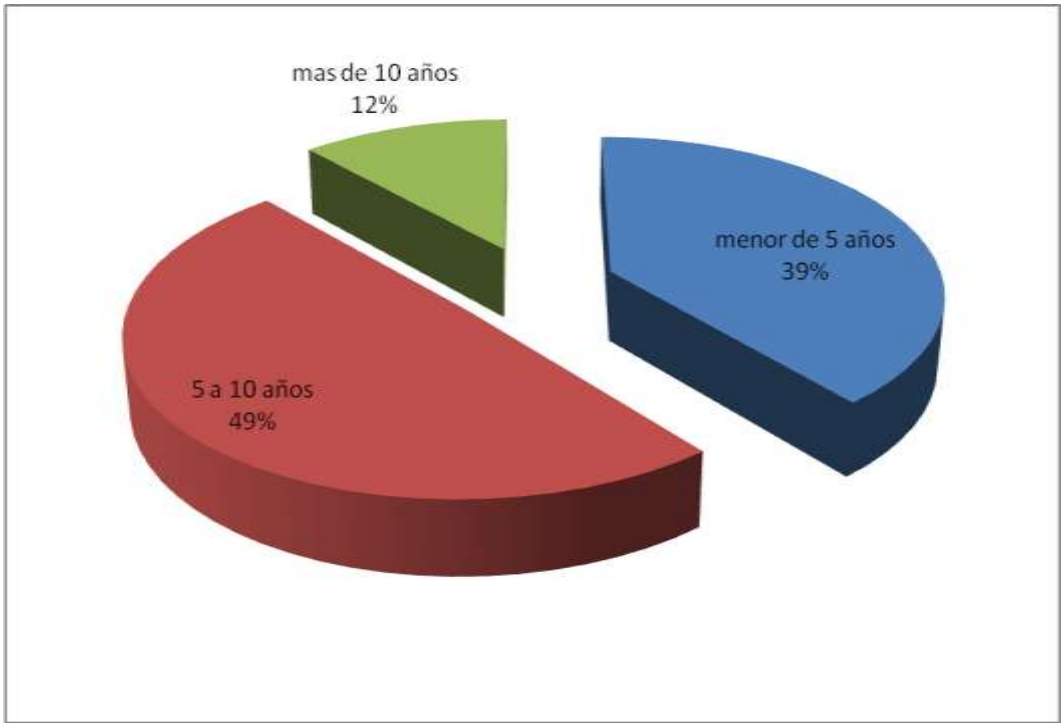
Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

Se observa que la mayor parte de migrantes incluyen los dos padres del adolescente (59 %), siguiendo en proporción el padre (27 %) y por último la madre (14 %)

GRÁFICO # 6

Tiempo de migración del progenitor. Picaihua Tungurahua 2010



Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua

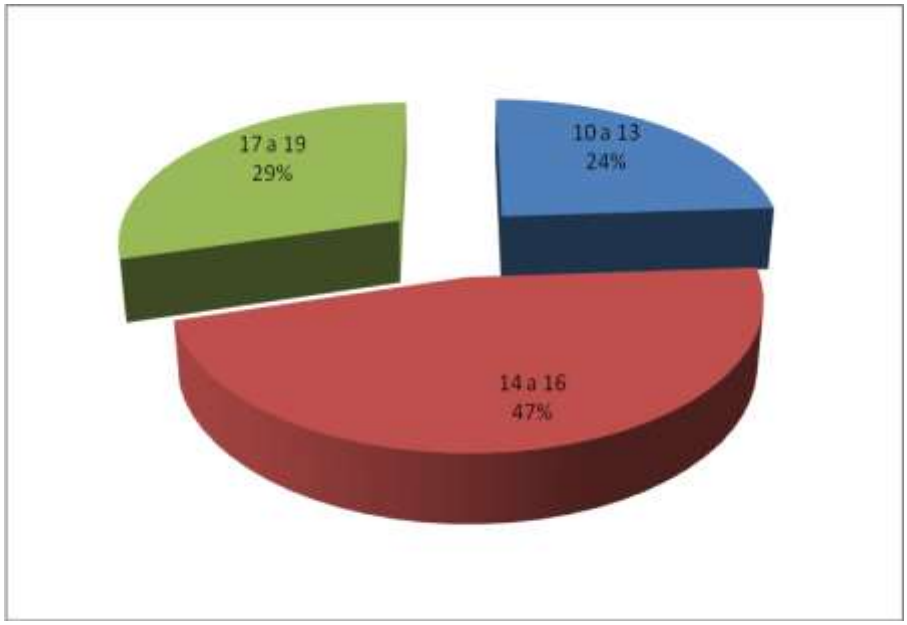
Elaboración: La autora

Análisis

La mayor parte de padres (49 %) que han migrado se encuentran ausentes entre 5 y 10 años, seguidos de ausencia de menos de 5 años en el 39 %, y un porcentaje significativo de 12 % de padres ausentes más de 10 años

GRÁFICO # 7

Edad del adolescente. Picaihua Tungurahua 2010



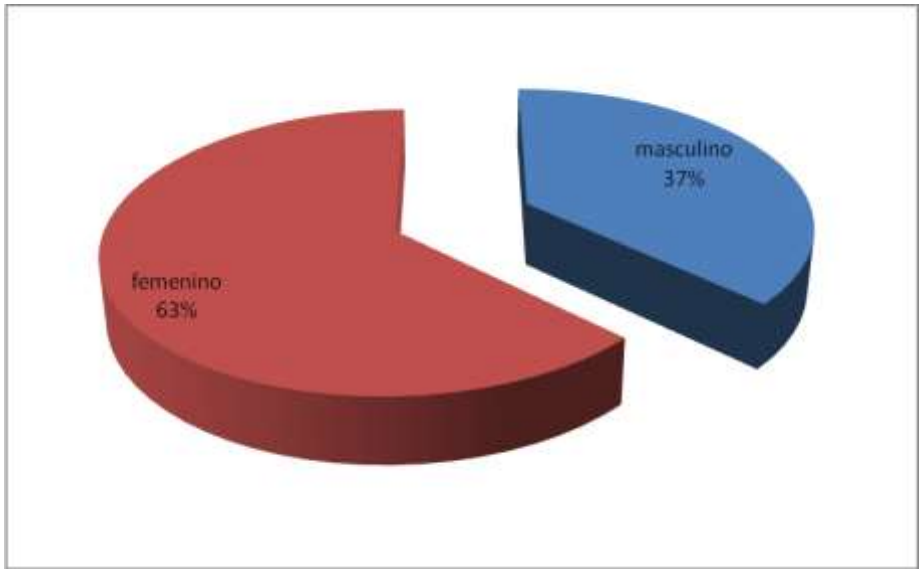
Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

La mayor parte de adolescentes hijos de migrante (47%) están en edades entre 14 y 16 años, de 17 a 19 años en un 29 %, y de 10 a 13 años un 24 %.

GRÁFICO # 8

Sexo del adolescente. Picaihua Tungurahua 2010



Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

Más de la mitad de adolescentes son mujeres (63 %), con un porcentaje de hombres de 37 %

ANALISIS MULTIVARIAL

ENCUESTA A ADOLESCENTES HIJOS DE MIGRANTES DE LA PARROQUIA RURAL DE PICAIHUA Y EL RESPONSABLE DE SU CUIDADO

MALTRATO PSICOLÒGICO

Agresividad en adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010

Preguntas 1, 2, 3

Se observa que el 24.7 % de adolescentes se muestran indiferentes y agresivos en su actitud, afirman no sentir total confianza y seguridad en su hogar actual en un 58%, han intentado huir de su casa el 15.8%.

Cuadro #1

Indicador	Porcentaje
Se muestra indiferente y agresivo	24.7
No sienten confianza y seguridad	58
Intento de huir de su casa	15.8
PROMEDIO	32,8

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Depresión, timidez, ideas autolíticas en adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010

Preguntas 4, 5, 6, 7 y 8

Demuestran sentimientos de tristeza y enojo en un 32.9%, el 23.3 % prefieren la soledad, el 58% no se sienten seguros en cuanto a la protección de su cuidador, la relación con los padres es mala en un 18.5 % y el 4.8 % ha intentado suicidarse.

Cuadro # 2

Indicador	Porcentaje
Sentimiento de tristeza y enojo	32.9
Prefiere la soledad	23.3
No se sienten seguros de la protección de su cuidador	58
Mala relación con sus padres	18.5
Intento de suicidio	4.8
PROMEDIO	27.5

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Fracaso escolar de los adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010

Preguntas 9, 10 y 11

El 17.8 % no estudia, bajo rendimiento escolar un 26% y las relaciones personales escolares son malas en un 25.2 %.

Cuadro #3

Indicador	Porcentaje
No estudian	17.8
Bajo rendimiento escolar	26
Malas relaciones escolares	25.2
PROMEDIO	23

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Delincuencia y alcoholismo, tabaquismo, drogadicción en los adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010.

Preguntas 12 , 13, 14

El 8.9 % pertenecen a pandillas y el 2% han tenido algún tipo de problema legal. El 12.3 % usan algún tipo de sustancia psicotrópica.

Cuadro # 4

Indicador	Porcentaje
- Delincuencia Pertenecen a pandillas Problemas legales	 8.9 2
-Uso de psicotrópicos	12.3
PROMEDIO	9

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Relaciones interpersonales. Adolescentes Picaihua Tungurahua 2010.

Preguntas 5, 7 (adolescente) 1 (cuidador)

La relación entre el adolescente y sus padres es 18.5 % es mala, la relación con el cuidador es mala en un 19%, el 23.3 % se sienten mejor solos

Cuadro # 5

Indicador	Porcentaje
Mala relación con los padres	18.5
Mala relación con el cuidador	19
Se siente mejor solo	23.3
PROMEDIO	20.3

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

MALTRATO FISICO

Lesiones físicas en adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010.

Preguntas: 15, 16 (adolescente) 2, 3 (cuidador)

Según el adolescente recibe maltrato físico en un 2.1 % y según el cuidador golpea al adolescente en un 26 % de los casos , por lo general se utiliza para el castigo palo 1%, correa 3%, otros objetos 7% (uso de objetos de castigo físico el 11%). El castigo físico lo realiza una tercera persona en el 6.2 % de los casos.

Cuadro # 6

Indicador	Porcentaje
Adolescente indica haber recibido maltrato físico	2.1
Cuidador acepta dar maltrato físico al adolescente	26
Adolescente es castigado por otra persona aparte de su cuidador	6.2
Objetos usados para el maltrato: - Palo - Correa - Otros	 1 3 7
PROMEDIO	11.3

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

MALTRATO NEGLIGENTE

Control de actividades de los adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010.

Preguntas: 6, 9 (adolescente) 5, 6 (cuidador)

El 58% no sienten cuidado y protección en su hogar actual. El 56.8 % de adultos desconocen las actividades y los lugares frecuentados por los adolescentes. El 76.7 % de los adolescentes no se comunica frecuentemente con sus padres. El 18 % de adolescentes no estudian.

Cuadro # 7

Indicador	Porcentaje
Adolescente no siente cuidado y protección en su hogar	58
Cuidador desconoce las actividades y lugares frecuentados por el adolescente	56.8
No hay comunicación con los padres	76.7
No asisten al colegio	18
PROMEDIO	52.4

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Control de alimentación, vestido y salud de los adolescentes. Picaihua Tungurahua 2010.

Preguntas : 17, 18 (adolescente) 4, 7 (cuidador)

El 27.4 % no se preocupa de las necesidades de alimentación y vestido según el adolescente, el 18.5% no conoce las necesidades de alimentación educación y vestido, el 13% no recibe remesa, el 9.6 % no reciben atención médica en caso de enfermedad.

Cuadro # 8

Indicador	Porcentaje
Cuidador no se preocupa de la alimentación y vestido del adolescente	27.4
El cuidador desconoce las necesidades físicas del adolescente	18.5
Adolescente no recibe remesa	13
Adolescente no recibe atención médica	9.6
PROMEDIO	17.2

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

MALTRATO SEXUAL

Preguntas: 19, 20

El 6% afirman haber sido víctimas de violación.

Cuadro # 9

Indicador	Porcentaje
Ha sido abusado sexualmente	6
No ha sido abusado sexualmente	94

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Tipo de maltrato que sufren los adolescentes de la Parroquia de Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 10

Alternativa	Porcentaje
Negligente	34.75
Psicológico	22.5
Físico	11.3
Sexual	6
PROMEDIO	19

Análisis

Se concluye por el promedio de los indicadores de cada tipo de maltrato que: el maltrato negligente es el que predomina con un 34.75 %, el maltrato psicológico en segundo lugar con un 22.5 %, el maltrato físico en tercer lugar con el 11.3 % y el maltrato sexual con el 6 %. En promedio el 19 % de adolescentes en Picaihua son maltratados de alguna manera.

DISCUSIÓN

Siendo la migración un problema social que aqueja a nuestro país de gran manera, nos adentramos a las familias de Picaihua que pasan por esta situación para conocer el estado en el que se encuentran desarrollándose los hijos adolescentes, por lo que se aprecia una realidad de la ausencia de uno o dos de sus padres, que aumenta el riesgo en estos jóvenes de padecer maltrato.

Se pueden encontrar estudios que muestran cifras estadísticas de maltrato que incluyen a la población pediátrica en general. Comparamos los datos obtenidos en el estudio hecho, en el que encontramos que el maltrato negligente es el que predomina con un 34.75 %, el maltrato psicológico en segundo lugar con un 22.5 %, el maltrato físico en tercer lugar con el 11.3 % y el maltrato sexual con el 6 %, hay cierta similitud con los datos de países desarrollados, en donde uno de cada diez niños sufre abandono o maltrato psicológico; entre el 4 y el 16% es víctima de abuso físico y el 15% de las adolescentes y el 5% de los adolescentes sufre algún tipo de abuso sexual antes de cumplir los 18 años, (Gilbert et al., 2009)

Este estudio además concuerda en orden de relevancia con los datos encontrados en Estados Unidos, en donde el abandono o maltrato negligente se da un 58.4%, el maltrato físico en el 21.3 % y el maltrato sexual en el 11.3%. (Johnson, 2004)

Los datos del estudio realizado también concuerdan en su mayoría con las estadísticas en España en donde el maltrato negligente se ubica en primer lugar con un 86.4 %, el maltrato psicológico en segundo lugar con un 35.4 %, en tercer lugar el maltrato físico con un 19.9 % y el maltrato sexual en cuarto puesto con un 3.6 %. (Soriano, 2005)

En Latinoamérica, según datos de la OMS, el maltrato negligente es de un 81%, el maltrato físico es de un 49 %, el maltrato psicológico es de 30 % y el maltrato sexual es de un 21 %. (Arias, 2007)

Argentina tiene estadísticas diferentes sobre maltrato, ya que el 51.2% padecen de maltrato físico, el 25 % de maltrato psicológico, el 12.3 % maltrato negligente y el 9.2% de maltrato sexual. (Puga, 1997)

Según el Boletín de la Infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del desarrollo del Milenio de CEPAL-UNICEF del mes de Julio del año 2009, la información sobre el maltrato infantil y en adolescentes no es comparable de un país a otro en América Latina y el Caribe, por la diversidad de culturas y grados de desarrollo de los países involucrados, pero dan realce a algunas características que se deben tomar en cuenta: los niños menores de 6 años tienen cifras más elevadas en cuanto a la frecuencia de maltrato físico, que también es una práctica muy generalizada y aceptada en la sociedad latina; en cuanto a violencia

sexual es notorio que las estadísticas presentan datos bajos, que están justificados debido a que las víctimas por lo general están entre los 7 y 11 años y el agresor en su mayoría es el padre o un familiar cercano y no se denuncian. En países como Chile, México, Perú, Bolivia y Ecuador el maltrato físico y psicológico sobrepasa el 50 % de los casos. (CEPAL-UNICEF, 2009).

Se enfatiza la importancia de realizar estudios por grupos etáreos y tomando en cuenta ciertos factores de riesgo de una gran mayoría de hogares en nuestro país especialmente, y la unificación de datos que nos lleven a conocer la verdad sobre la violencia a niños, niñas y adolescentes, entendiendo también que es un tema muy delicado y controversial, difícil de tratar, pero que nos llevaría a dar los correctivos adecuados para tratar un problema que a nivel mundial trae cifras alarmantes y secuelas sociales y familiares sin precedentes.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

PROMOCION DEL BUEN TRATO EN EL ADOLESCENTE

Antecedentes:

- Se encuentra maltrato en adolescentes hijos de migrantes en la parroquia rural de Picaihua en Tungurahua, el maltrato negligente es el que predomina con un 34.7 %, el maltrato psicológico en segundo lugar con un 22.5 %, el maltrato físico en tercer lugar con el 11.3 % y el maltrato sexual con el 6 %. El promedio de estos datos indican que el 19 % de estos adolescentes sufren algún tipo de maltrato.
- La entrevista al equipo de salud de atención primaria en la parroquia de Picaihua, reflejan falta de planes que promuevan el buen trato a adolescentes y que estén encaminados a prevenir el maltrato.

Objetivos:

- Sensibilización y concientización de los profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato a los adolescentes.
- Mejorar el cuidado de los padres a los hijos, estableciendo mejores relaciones afectivas entre ellos.

- Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, incentivando a los responsables del adolescente a mejorar factores tanto emocionales como normas de disciplina, normas y límites como alimentación, vestimenta y educación.

Beneficiarios:

- Población de Adolescentes hijos de migrantes de la parroquia rural de Picaihua
- Padres migrantes de los adolescentes
- Personas a cargo de adolescentes hijos de migrantes y sus hogares actuales
- Subcentro de Salud de Picaihua Area de Salud N# 2
- Parroquia rural de Picaihua

Cuadro # 11

Actividades	Responsable	Materiales y equipos	Estrategias	Lugar y fecha
Captar adolescentes hijos de migrantes en consulta de atención primaria	Equipo de Salud Subcentro Picaihua	Formato de Historia clínica del adolescente	Consulta médica y postconsulta con énfasis en entrevista sobre indicadores de maltrato	Subcentro de Picaihua Enero a Diciembre 2011
Visita domiciliaria mensual a los hogares de migrantes	Médico de Subcentro de Picaihua. Trabajadora Social del Área de Salud	Fichas familiares	Entrevista individual a los adolescentes y personas del hogar actual de adolescente	Parroquia de Picaihua 2011
Diálogo con los educadores de Instituciones educativas de la parroquia	Equipo de salud de Picaihua	Computadora proyector	Charlas sobre adolescencia normal y signos de maltrato	Instituciones educativas de Picaihua Año lectivo 2011
Captar adolescentes hijos de migrantes en las instituciones educativas de picaihua	Profesores instituciones educativas de picaihua	Leccionarios estudiantiles	Identificación de adolescentes de padres migrantes	Instituciones educativas de Picaihua Año 2011
Formación de Club de adolescentes hijos de migrantes	Médico y profesores Psicólogo del área de salud	Computadora proyector	Charlas, mesas redondas, foros, para tratar temas propios de la adolescencia y apoyo de	Parroquia de Picaihua 2011

Formación del Club de padres o cuidadores de adolescentes hijos de migrantes	Médico y profesores Psicólogo del área de salud	Computadora proyector	adolescentes maltratados Tratar temas sobre disciplina y refuerzo positivo a la buena conducta, apoyo al familiar en ausencia de los padres del adolescente, comunicación con los padres	Parroquia de Picaihua 2011

CONCLUSIONES

1. Se estableció que los adolescentes hijos de migrantes en la parroquia de Picaihua generalmente son mujeres de entre 14 y 16 años, que están a cargo principalmente de tíos, de entre 36 y 49 años, casados, con instrucción superior. En la mayor parte de los hogares migraron ambos padres, los cuales están ausentes en gran porcentaje entre 5 y 10 años

2. Se determinó que en promedio el 19 % de adolescentes hijos de migrantes de la parroquia de Picaihua de la provincia de Tungurahua sufre algún tipo de maltrato

3. Se observó que el tipo de maltrato más frecuente es el negligente con un 34.7 %, en segundo lugar el maltrato psicológico con el 22.5 %, en tercer lugar el maltrato físico con el 11.8 % y por último maltrato sexual con un 6 %

4. Se planteó el plan para prevención de maltrato a los adolescentes de la parroquia de Picaihua

RECOMENDACIONES

1. Supervisión a los hogares de adolescentes hijos de padres migrantes por parte de la trabajadora social de las Áreas de Salud.

2. Dar tratamiento a los adolescentes maltratados.

3. Referir a los adolescentes maltratados que requieren tratamiento multidisciplinario.

4. Implementar planes y programas de promoción de buen trato a los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francia M. Maltrato infantil. Un problema de todos. En: Rev Cubana Med Gen Integr Cuba; 2003;19(1).

2. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. En: The Lancet Vol 373, Issue 9657, Enero; 2009. p. 68-81.

3. Denuncias sobre Maltrato Infantil a nivel nacional. DINAPEN Período 2003.

4. Arias M. Maltrato Infantil. R e v E c u a t P e d i a t. Q u i t o-Ecuador; 2 0 0 7 ; Vol. 8 N° 2 p. 33-43.

5. Denuncias sobre Maltrato Infantil y Abuso Sexual en Tungurahua. DINAPEN Enero-Diciembre 2008.

6. Paredes P, Bravo L, Calle A Impacto de la migración en la salud infantil Bol Pediatr. España; 2004; 44: p. 137-149.

7. Atienza J, Acosta A. Migraciones y Desarrollo. Estudio de Dos Casos Particulares: Ecuador y Marruecos. Seminario sobre Migraciones y Desarrollo: propuestas institucionales y experiencias prácticas. 2004 Dic; México. En línea en: http://www.cecod.net/migraciones_y_desarrollo.htm

8. Apuntes sobre la Emigración Internacional del Ecuador. INEC-CEIEME 2007.

9. Maldonado, F. El impacto económico de la migración en el Ecuador. En: Cartillas sobre Migración N° 22 Plan Migración, Comunicación y Desarrollo. Septiembre de 2006; Quito-Ecuador.

10. Revista Gestión. N° 176. Febrero del 2009.

11. La Migración en el período 1982-2001. Tungurahua. Análisis de los Resultados definitivos del VI Censo de Población y V de Vivienda. INEC 2001

12. Migración no es sinónimo de riquezas EL COMERCIO 13 Enero 2007

13. Anuario de Entradas y Salidas Internacionales. INEC 2007. p. 13, 14, 20, 22.

14. Salidas Internacionales de la Parroquia de Picaihua por Sexo y Motivos de Viaje. INEC 2007

15. Aberastury, A. Knobel, M. Normalidad y Patología en la Adolescencia. El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós 1971.

16. Aynsley A, Hall D Safeguarding children: a call to action. The Lancet, Volume 373, Issue 9660. Enero; 2009. p. 280 – 281

17. Johnson Ch. Malos Tratos y abandono. Tratado de Pediatría de Nelson. 17 ed. España: Elsevier; 2004. p. 121-131.

18. Puga T. Maltrato Infantil. Pediatría de Meneghello. Tomo 2. Editorial Panamericana. 5 ed. Argentina; 1997. p. 2369-2379

19. Prócel G, Vallejo E, Naranjo A. Maltrato Infantil. Manual del Residente de Pediatría. Hospital Metropolitano. 5 ed. Quito-Ecuador; 2007. p. 159-164

20. Acosta A. Las remesas de los emigrantes y sus efectos en la economía Ecuatoriana. Cartillas sobre Migración N° 1. Plan Migración, Comunicación y Desarrollo. Mayo 2002; Quito-Ecuador.

21. Chiriboga E, Tejada L. Síndrome del Niño Maltratado. Pediatría Clínica en la Práctica Médica. 3 ed. Quito-Ecuador; 1997. p. 427-432

22. Sevilla X, Quiñonez E. Maltrato Infantil. Bases de Pediatría Crítica. 2 ed. Quito-Ecuador; 1999. p. 313-318

23. Chiriboga E, Játiva E. Niño Maltratado. Emergencias y Urgencias en Pediatría. Normas de Atención Hospital Baca Ortiz. Quito-Ecuador; Agosto 2002. p. 99, 291

24. Strange G, Ahrens W. Urgencias Psicosociales. Maltrato de Niños. Manual de Medicina de Urgencias Pediátricas. Mc Graw Hill Interamericana. México 2001 p. 957

25. Hernández González E. Los derechos de los niños Maltrato Infantil Caracas Venezuela 02 Enero 2004 En línea en: http://www.intramed.net

26. Moncayo I. Migración y sistemas familiares Cartillas sobre Migración N° 23 Octubre de 2006

27. Migración (demografía) 5 de Marzo de 2009 En línea: http://es.wikipedia.org/wiki/Migraciones

28. Robertson J, Shilkolsky N. Maltrato Infantil. Manual Harriet Lane de Pediatría. The Johns Hopkins Hospital. Editorial Mosby. 17 ed. 2006. p. 119-121

29. Constitución de la República del Ecuador. 2008

30. Código de Menores. Registro Oficial 737. Enero 2003

31. PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD ECUADOR Organización Panamericana de la Salud Tercera Edición Octubre 2008

32. Gómez de Terreros I. Maltrato y abandono. Tratado de Pediatría de Manuel Cruz-Hernández. 9 ed. Barcelona-España. 2007. Tomo 2 p. 2105-2106

33. Soriano F. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. España. 15 de Abril del 2005 En línea en: http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm#bibliografia

34. Boletín de la Infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del desarrollo del Milenio. CEPAL-UNICEF. Número 9. Julio 2009

ANEXOS

ANEXO # 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ...de ..... años de edad, portador(a), de CI No....., en pleno uso de mis facultades, en forma libre y espontánea, autorizo se aplique la encuesta del estudio sobre maltrato en adolescentes hijos de migrantes, tanto a mi como al adolescente a mi cargo con las siguientes aclaraciones:

Colaborar llenando todas las preguntas que se encuentran en el formato de la encuesta, para la determinación de los objetivos planteados en la investigación, sabiendo que los resultados se analizarán con absoluta reserva tanto de la información como de la identidad de quienes participamos.

Se me ha explicado y he comprendido la importancia del estudio para la intervención del equipo médico en procesos como violencia doméstica y situación de los adolescentes de padres migrantes .

Que los resultados del análisis serán dados a conocer a la parroquia de Picaihua, oportunamente, y serán usados para la planificación de programas que permitan dar mejor capacitación a los encargados del cuidado de adolescentes, especialmente de aquellos cuyos padres han migrado.

Que los resultados de esta investigación van ha contribuir en la prevención y tratamiento de violencia y abuso de los adolescentes de la parroquia.

Persona Responsable…..……

ANEXO # 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
MALTRATO EN ADOLESCENTES CUYOS PADRE Y/0 MADRE EMIGRARON FUERA DEL PAIS
ENCUESTA N°

Objetivo: Conocer la situación de los adolescentes a partir de la ausencia de uno o dos de sus progenitores y la relación con la persona a cargo de su cuidado
Instrucciones: Esta es una encuesta totalmente anónima, con fin para el levantamiento de información. Lea detenidamente cada una de las preguntas expuestas a continuación y señale la opción de acuerdo a la que más se parezca a su realidad, marcando una sola respuesta por cada ítem.
Datos Informativos:
Edad: 10-13 años……14-16 años…….17-19 años

Género: Masculino-Femenino

1. Tus respuestas por lo general hacia los demás son:
a. Amables
b. De forma agresiva e indiferente

2. En tu hogar actual sientes seguridad y confianza?
a. Si
b. No

3. Haz intentando huir de tu casa?
a. Si
b. No

4.Frecuentemente te sientes
a. alegre
b. Con sentimientos de tristeza y enojo

5.Por lo general pasas:
a. Con amigos
b. Con familia
c. Solo estás más cómodo

6. Sientes que con quien vives te cuida y te protege?
a. Si
b. No

7. La relación actual con tus padres es:
a. Buena
b. Mala

8. Haz intentado quitarte la vida?
a. Si
b. No

9. Actualmente estudias?
a. Si
b. No

10. Tus calificaciones escolares son:
a. Buenas
b. Malas

11. La relación con tus profesores y compañeros es:
a. Buena
b. Mala

12. Perteneces a alguna pandilla o grupo similar?
a. Si
b. No

13. Haz tenido problemas con la policía?
a. Si
b. No

14. Consumes algún tipo de sustancia como alcohol, drogas o cigarrillos?
a. Si
b. No

15. La persona que cuida de ti te golpea
a. Si
b. No

16. A parte de la persona que está encargada de ti, hay alguien más que te golpea?
a. Si
b. No

17. La persona que cuida de ti se preocupa de tu alimentación, vestido, educación y bienestar
a. Si

b. No

18. Cuando te enfermas:
a. Si recibes atención medica
b. No recibes tratamiento

19. En algún momento otra persona:
a.Te invitó a lugares apartados o te pidió tener contacto físico de manera forzada
b. Ninguna de las anteriores

20. Haz tenido contacto físico de tipo sexual a la fuerza?
a. Si
b. No

ANEXO # 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
MALTRATO EN ADOLESCENTES CUYOS PADRE Y/0 MADRE EMIGRARON FUERA DEL PAIS
ENCUESTA N°

Objetivo: Conocer la situación de los adolescentes a partir de la ausencia de uno o dos de sus progenitores y la relación con la persona a cargo de su cuidado
Instrucciones: Esta es una encuesta totalmente anónima, con el fin de realizar levantamiento de información. Lea detenidamente cada una de las preguntas expuestas a continuación y señale la opción de acuerdo a la que más se parezca a su realidad, marcando una sola respuesta por cada ítem.

Datos Informativos:
Edad: 20-35 años….36-49 años….50-64 años……..Mayor de 65años……

Estado civil: Casado….Divorciado/Separado…Viudo…Soltero

Escolaridad: Primaria…..Secundaria….Superior……Ninguna

Parentesco con el adolescente: Padre-Madre….. Tío(a)…..Abuelo(a)….Conocido(a)

Persona que migró: Padre…..Madre……Ambos

Tiempo de migración de el(los) padre(s): Menos de 5 años…5 a 10 años…Más de 10 años

1. Usted considera que su relación con el adolescente es:
a.Buena
b. Mala

2. Cuando el adolescente merece un castigo usted lo golpea con:
a. Correa
b. Palo
c. Otros objetos
d. No usa objetos

3. Usted castiga físicamente al adolescente:
a. Si
b. No lo hace

4. Usted conoce las necesidades del adolescente sobre alimentación, vestimenta y educación:
a. Si
b. No

5. Por lo general usted conoce las personas y lugares que son frecuentados por el adolescente?
a. Si
b. No

6. El adolescente se comunica con su(s) padre(s):
a. Si
b. No siempre

7. La remesa que envía el papá y/o mamá del niño, cubre:
a. Necesidades básicas de alimentación, educación y vestido, ahorro o compra de bienes.
b. No recibe remesa

ANEXO #4

ENTREVISTA AL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO DE PICAIHUA (AREA DE SALUD N°2)

1. ¿Podría indicar si los adolescentes víctimas de maltrato buscan ayuda en la institución de salud de la parroquia?

2. ¿Existen registros de adolescentes maltratados en la parroquia cuya cobertura pertenece al Subcentro de Salud de Picaihua?

3. ¿Cuál es el plan preventivo que se usa en atención primaria para evitar el maltrato de adolescentes?

4. ¿Considera usted necesario crear un plan de promoción buen trato a adolescentes, que se implemente sobretodo en atención primaria?

5. ¿Cree Usted que la población adolescente cuyos padres han migrado requiere especial atención en el sector de atención primaria?

ANEXO #5

ENTREVISTA AL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO DE PICAIHUA (AREA DE SALUD N°2)

Pregunta 1 ¿Podría indicar si los adolescentes víctimas de maltrato buscan ayuda en la institución de salud de la parroquia?

Respuesta Médico: No hemos recibido casos en que nos digan que han declarado haber pasado por maltrato

Respuesta Auxiliar de enfermería: los chicos buscan ayuda con sus mismos amigos

Análisis

Los adolescentes no tienen confianza en lo que las instituciones de salud podrían brindarles para su protección y apoyo, en caso de que estén siendo víctimas de maltrato, acudiendo a gente de su entorno.

Pregunta 2 ¿Existen registros de adolescentes maltratados en la parroquia cuya cobertura pertenece al Subcentro de Salud de Picaihua?

Respuesta Médico: No tenemos registros

Respuesta Auxiliar de enfermería: No

Análisis

Se observa la falta de asistencia de los adolescentes maltratados a las casas de salud de atención primaria, desconociéndose la situación por la que pasan

Pregunta 3 ¿Cuál es el plan preventivo que se usa en atención primaria para evitar el maltrato de adolescentes?

Respuesta Médico: No contamos con un plan organizado para evitar el maltrato, solo el Plan para atención integral con control de adolescentes en los colegios

Respuesta Auxiliar de enfermería: No tenemos planes de prevención

Análisis

La prevención del maltrato no se está llevando a cabo en las comunidades y no está implementado aún en atención primaria

Pregunta 4 ¿Considera usted necesario crear un plan de promoción para el buen trato a adolescentes, que se implemente sobretodo en atención primaria?

Respuesta Médico: Si es necesario, hoy hay mucha violencia en los hogares en general

Respuesta Auxiliar de enfermería: Si sería bueno

Análisis

Es necesario implementar planes y programas que vayan a normatizar la ayuda que se puede dar a los adolescentes para evitar el maltrato

Pregunta 5 ¿Cree Usted que la población adolescente cuyos padres han migrado requiere especial atención en el sector de atención primaria?

Respuesta Médico: Es un sector desprotegido que debería ser muy tomado en cuenta

Respuesta Auxiliar de enfermería: Aquí en Picaihua ha migrado mucha gente y los chicos están abandonados

Análisis

No se han tomado medidas para conocer y educar a los hogares de migrantes, reconociendo que Picaihua tiene un número considerable de hogares que pasan por esta situación

ANEXO #6

ANALISIS DE FRECUENCIAS

ENCUESTA AL RESPONSABLE DEL ADOLESCENTE

Pregunta 1: Relación del cuidador con el adolescente. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 11

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Buena	118	81
2. Mala	28	19
TOTAL	146	100

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

La relación entre el cuidador y el adolescente es buena en el 81 % de los casos, mala en el 19 %.

Pregunta 2. Cuando el adolescente merece un castigo usted con que objeto lo golpea. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 12

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Correa	4	3
Palo	1	1
otros objetos	11	8
no usa objetos	130	89
TOTAL	146	100

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 89 % de adultos no castigan físicamente a los adolescentes, el 1 % usa palo para el castigo, el 3 % usa correa y el 8% otros objetos.

Pregunta 3. Castigo físico al adolescente. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 13

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	38	26
2. No lo hace	108	74
TOTAL	146	100

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 26 % afirma castigar físicamente al adolescente, el 74% no lo hace.

Pregunta 4. Conocimiento de las personas y lugares que son frecuentados por el adolescente y las actividades que realiza? Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro #14

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	63	43,2
2. No	83	56,8
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 56.8 % de los adultos desconocen las actividades del adolescente mientras que el 43.2 % si las conocen.

Pregunta 5. Mantiene comunicación el adolescente con su(s) padre(s): Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro #15

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	34	23,3
2. No siempre	112	76,7
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 76.7 % de adolescentes no se comunican frecuentemente con sus padres, solo se comunican el 23.3 %

Pregunta 6. Conocimiento de las necesidades del adolescente sobre alimentación, vestimenta y educación: Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro #16

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	119	81,5
2. No	27	18,5
	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 81.5 % de adultos conocen las necesidades de alimentación, vestido y educación de los jóvenes mientras que el 18.5 % las desconocen

Pregunta 7. Necesidades económicas que cubre la remesa que envían los padres. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro #17

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. alimentos educación vestido, ahorros y bienes	127	87,0
2. no recibe remesa	19	13,0
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 13 % de responsables no reciben remesa, el 87% si la reciben

ENCUESTA AL ADOLESCENTE

Pregunta 1. Actitud del adolescente frente a las demás personas. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 18

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Amable	110	75,3
2. agresivo ó indiferente	36	24,7
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El adolescente se muestra agresivo ó indiferente en el 24.7 % y amable en el 75.3 % de las veces

Pregunta 2. Sentimiento de seguridad y confianza en el hogar Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 19

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. si	61	42
2. no	85	58
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 58 % refiere que no se siente seguro y confiado en su hogar actual, mientras que el 42 % se sienten cómodos en su hogar

Pregunta 3. Intento de huir de la casa. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 20

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. si	23	15,8
2. no	123	84,2
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 15.8 % ha intentado huir de su casa, el 84.2 % no lo ha intentado

Pregunta 4. Estado de ánimo presentado por el adolescente. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro #21

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Alegre	98	67,1
triste y enojado	48	32,9
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en

Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 32.9 % se sienten por lo general tristes y con enojo, el 67.1 % se sienten con un buen estado de ánimo

Pregunta 5. Compañía preferida por el adolescente Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 22

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. amigos	47	32,2
2. familia	65	44,5
3. solo	34	23,3
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 32.2 % prefiere pasar con amigos, el 44.5 % pasan con familia, el 23.3 % pasan solos

Pregunta 6 El cuidador brinda cuidado y protección? Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 23

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. si	61	42
2. no	85	58
Total	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en

Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 58% de adolescentes sienten que la persona responsable no los cuida y no les brinda protección, el 42 % se sienten cuidados y protegidos

Pregunta 7. Relación actual con sus padres. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro # 24

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Buena	119	81,5
2. Mala	27	18,5
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 81.5 % tienen buena relación con sus padres, el 18.5 % tienen mala relación con sus padres

Pregunta 8. Intento de suicidio Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 25

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	7	4,8
2. No	139	95,2
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en

Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 4.8 % ha intentado suicidarse, el 95.2 % no ha tenido intentos autolíticos

Pregunta 9. Adolescente escolarizado. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 26

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	120	82,2
2. No	26	17,8
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 17.8 % de adolescentes no estudian, el 82.2 % si asisten a instituciones educativas

Pregunta 10. Calificaciones escolares. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 27

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Buenas	91	74,0
2. Malas	32	26,0
TOTAL	123	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 74 % de adolescentes se encuentran con un buen rendimiento escolar, el 26 % refieren negatividad ante sus actividades escolares

Pregunta 11. Relación con profesores y compañeros. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 28

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Buena	92	74,8
2. Mala	31	25,2
TOTAL	123	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 25.2 % tiene malas relaciones interpersonales con sus profesores y compañeros, el 74.8% refiere buenas relaciones escolares

Pregunta 12. Pertenencia a pandilla o grupo similar Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 29

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	8,9
No	133	91,1
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua

Elaboración: La autora

Análisis

El 8.9 % pertenecen a pandillas, el 91.1 % no acuden a estos grupos

Pregunta 13.Problemas con la policía. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 30

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	3	2,1
2. No	143	97,9
TOTAL	146	100,0

F**uente**: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 2.1 % ha tenido algún tipo de problema con la policía, el 97.9 % no ha tenido problemas de tipo legal

Pregunta 14. Consumo de alcohol, drogas o cigarrillos. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 31

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	18	12,3
2. No	128	87,7
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua

Elaboración: La autora

Análisis

El 12.3 % consumen cigarrillos, alcohol y/o drogas, el 87.7 % no las usa

Pregunta 15. Maltrato por parte del cuidador. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 32

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	3	2,1
2. No lo hace	143	97,9
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 2.1 % afirma ser castigado físicamente por su cuidador, el 97.9 % niega castigos de esta índole

Pregunta 16. Maltrato de personas ajenas. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 33

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	9	6,2
2. No	137	93,8
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 6.2 % de adolescentes reciben castigos físicos de otro adulto además de su cuidador, el 93.8 % no son castigados por un tercero

Pregunta 17. El cuidador se preocupa de la alimentación, vestido, educación y bienestar del adolescente. Picaihua Tungurahua 2010

Cuadro N# 34

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Si	106	72,6
2. No	40	27,4
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 27.4 % refiere no recibir cuidados en cuanto a la alimentación, vestimenta, educación y bienestar, el 72.6 % se encuentran satisfechos en sus necesidades físicas

Pregunta 18 Atención médica

Cuadro N# 35

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Recibe atención médica	132	90,4
2. No recibe tratamiento	14	9,6
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en

Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 9.6 % de adolescentes en caso de enfermedad no reciben atención médica de ninguna clase, el 90.4 % si es atendido

Pregunta 19. Abuso sexual

Cuadro N# 37

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Lo invito a lugares apartados o intentaron contacto fisico forzado	8	5,5
Ninguna	138	94,5
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 6 %han sido víctimas de intento de violación sexual, el 94.5% no han pasado este tipo de maltrato

Pregunta 20. Violación sexual

Cuadro N# 38

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1. Contacto Físico a la fuerza	7	4,8
2. No contacto	139	95,2
TOTAL	146	100,0

Fuente: Encuesta realizada al responsable de adolescente hijo de migrante en Picaihua
Elaboración: La autora

Análisis

El 4.8 % han pasado por violación sexual, el 95.2 % no refieren violencia sexual.