

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana



“Características médico legales del maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal Arequipa, 2006-2010”

Trabajo de investigación presentado por:
CLAUDIA MARÍA DEL CARMEN MACEDO GONZÁLES
Para Optar el Título de Médico-Cirujano.

Arequipa - Perú

2012

DEDICATORIA

A mi familia y mis seres queridos por su apoyo moral y sustancial.



Epígrafe

"El niño, como el huevo, en nido de piedad será paloma o en nido de rencor será serpiente". Palencia.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS	7
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	26
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	39
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	40
Anexo 2: Proyecto de Investigación	42

RESUMEN

Antecedentes: El maltrato infantil es un problema oculto, del cual se tienen sólo datos parciales.

Objetivo: Identificar las características médico legales del maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.

Métodos: Revisión de los registros de evaluación por violencia familiar, estado de salud, lesiones e integridad sexual realizados en menores de 18 años, seleccionando los que cumplieron criterios de selección. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: De 134.326 atenciones en el periodo, se tuvo 6573 peritados por posible maltrato infantil 17,68%. El 59,04% fueron varones y 40,96% mujeres, con 40,04% entre el año y los 5 años, 42,43% entre 6 y 12 años y 16,32% entre 13 y 17 años. Predominaron las evaluaciones por maltrato psicológico, seguidas de las evaluaciones por maltrato de tipo sexual, lesiones por maltrato físico y por abandono material o moral. De los casos de maltrato psicológico el 49,21% tuvieron de 6 a 12 años, semejante entre varones y mujeres, el maltrato sexual llega a 58,92% entre los 13 y 17 años y sobre todo en mujeres, y el maltrato físico fue más frecuente entre varones y mujeres de 6 a 12 años (40,34%) y el abandono más entre varones (60,90%). La relación con el agresor, es el padre quien realiza en mayor porcentaje todos los tipos de maltrato. El 26,33% de niños evaluados por presunto maltrato físico presentaron lesiones de tipo contusa, excoiaciones ungueales, y en menor proporción heridas, excoiaciones, fracturas o quemaduras. Las diferentes lesiones se ubicaron principalmente en extremidades superiores (52,46%), cabeza (29,93%), o extremidades inferiores (13,55%). Las lesiones fueron leves en 86,45%, moderadas en 10,96%, y graves en 2,59% de casos.

Conclusión: Las evaluaciones por maltrato infantil constituyen una baja frecuencia de evaluaciones en el Instituto de Medicina Legal, con tendencia decreciente en los últimos 5 años, pero con formas de maltrato físico, sexual y psicológico.

PALABRAS CLAVE: maltrato infantil – maltrato psicológico – maltrato sexual.

ABSTRACT

Background: Child abuse is a hidden problem, which will have only partial data.

Objective: To identify the characteristics forensic child abuse and teenagers abuse at the Institute of Legal Medicine of Arequipa for the period 2006-2010.

Methods: A review of assessment records for family violence, health status, and sexual integrity injury to children less than 18 years, selecting those that met the selection criteria. Results are shown using descriptive statistics.

Results: Of 134,326 attentions in the period, 6573 was attested by 17,68% possible child abuse. The 59.04% were male and 40.96% female, with 40.04% in the year to 5 years, 42.43% between 6 and 12 years, 16.32% between 13 and 17 years. Predominance of psychological abuse evaluations, followed by assessments of sexual abuse, physical abuse injuries and default assessments were performed material or moral. Cases of psychological abuse on 49.21% had 6 to 12 years, similar between men and women, sexual abuse reaches 58.92% between 13 and 17 years and especially in women, and physical abuse was more prevalent among men and women aged 6-12 years (40.34%) and neglect more among males (60.90%). The relationship with the aggressor is the father who makes more abuse in all types. The 26.33% of children evaluated for suspected physical abuse had bruised type lesions, excoriations nail, and to a lesser extent wounds, excoriations, fractures and burns. The different lesions were located mainly in the upper extremities (52.46%), head (29.93%), and lower extremities (13.55%). The lesions were mild in 86.45%, 10.96% moderate, and severe in 2.59% of cases.

Conclusion: Evaluations of child abuse are a low frequency of assessments at the Institute of Legal Medicine, with a downward trend in the last five years, but with forms of physical, sexual and psychological.

KEY WORDS: child abuse - psychological abuse - sexual abuse.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar o doméstica es un problema de salud pública; son frecuentes también los casos de feminicidio o de maltrato de la mujer por parte de su pareja, problema ampliamente abordado por diversas sociedades. Sin embargo, no siempre le ponemos atención a una de las víctimas más inocentes dentro de la familia, que son los niños. Muchas veces por su incapacidad de denunciar los abusos son víctimas silentes que sólo salen a la luz pública cuando sufren agresiones tan severas que les producen la muerte o les acarrean problemas insalvables.

El estudio del maltrato infantil cobra entonces gran importancia por ser un problema oculto, del cual se tienen sólo datos parciales. Según datos del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), la violencia en la infancia y adolescencia es un grave problema social en nuestro país, con cerca del 40% de casos de maltrato infantil psicológico y físico ocasionado por la propia madre y ocurre en el hogar.

Durante el desarrollo de mis prácticas pre profesionales he tenido la oportunidad de observar casos de niños con signos de maltrato, habiendo pocas oportunidades en que en el ámbito hospitalario se pueda hacer algo por ellos, y estos casos se concentran en el servicio médico legal.

En el Instituto de Medicina Legal “Leonidas Avendaño Ureta” se atienden todas las denuncias de violencia en personas, y la atención de niños y adolescentes cobra especial prioridad y requiere del concurso de especialistas como pediatras, ginecólogos, psicólogos y otros que investigan la comisión de delitos en este vulnerable grupo de edad. El conocer las características de los niños y de las formas

de maltrato infantil puede ser de gran importancia para establecer perfiles de riesgo en la sociedad y combatir activamente esta grave forma de violencia.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la observación documental.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Instituto de Medicina Legal Leonidas Avendaño Ureta de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma histórica en el periodo 2006-2010.

2.3. Unidades de estudio: Pericias de evaluación de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa.

Población: Totalidad de pericias de evaluación de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión.-**

- Pacientes menores de 18 años.
- De ambos sexos

- **Criterios de Exclusión.-**

- Registros incompletos

3. **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con la jefatura del Instituto de Medicina Legal División III Arequipa para lograr la autorización para la realización del estudio.

Se buscaron los registros de ingresos por violencia familiar (psicológico o

lesiones, código VFL o VFP), lesiones por agresión física (código L) integridad sexual (código IS), estados de salud actual (código ES) en el sistema DICEMEL, según los grupos de edad menores a 18 años asignados por el sistema para verificar que cumplieran los criterios de selección. Se vaciaron las variables de interés en fichas de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la

escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó **estadística descriptiva** con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para las variables categóricas, se empleó medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.19.0.



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 1

**Distribución de frecuencia de niños y adolescentes atendidos por maltrato en el
periodo de estudio**

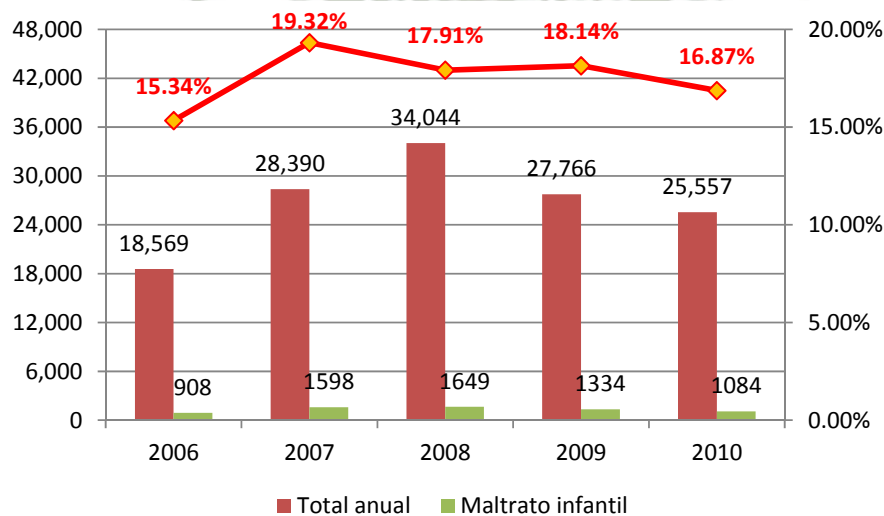
Año	Niños 0-17			
	Total anual	años	Maltrato infantil	% niños
2006	18.569	5.920	908	15,34%
2007	28.390	8.270	1598	19,32%
2008	34.044	9.205	1649	17,91%
2009	27.766	7.352	1334	18,14%
2010	25.557	6.425	1084	16,87%
Total	134.326	37.172	6.573	17,68%

En la presente tabla se observa la frecuencia de niños menores de 18 años en el periodo de 5 años de estudio; de un total de 134.326 atenciones, se tuvo 6573 peritados por posible maltrato infantil, lo que constituye un 17,68% de atenciones en niños y adolescentes. Se puede apreciar una tendencia decreciente de casos de maltrato infantil en el periodo, de 19,32% en el 2007 a 16,87% en el año 2010.

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 1

**Distribución de frecuencia de atenciones por maltrato infantil y del adolescente
en el periodo de estudio**



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 2

Distribución de casos de maltrato según edad y sexo en el periodo estudiado

Edad	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-11 m	43	0,65%	42	0,64%	85	1,29%
1-5 a	1329	20,22%	1303	19,82%	2632	40,04%
6-12 a	1989	30,26%	794	12,08%	2783	42,34%
13-17 a	520	7,91%	553	8,41%	1073	16,32%
Total	3881	59,04%	2692	40,96%	6573	100,00%

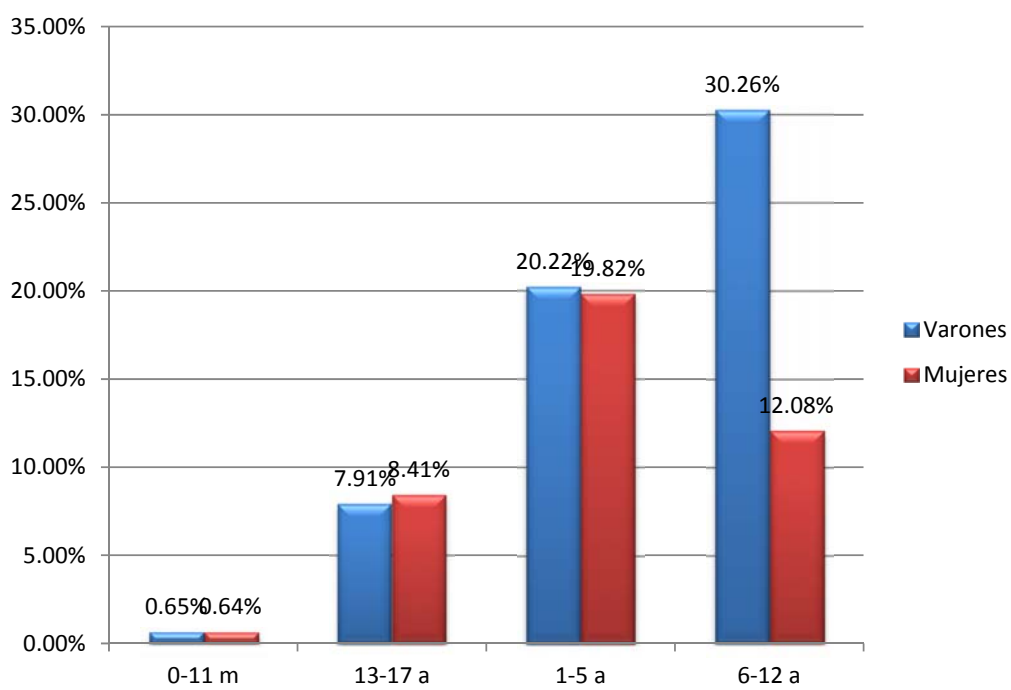
La presente tabla muestra la distribución por grupos de edad y sexo; el 59,04% fueron varones y 40,96% mujeres, es decir en más de la mitad de niños y adolescentes atendidos predomina el sexo masculino.

El mayor porcentaje de varones atendidos estuvieron entre los 6 a 12 años, a diferencia de las mujeres que fue entre los 1 a 5 años.

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 2

Distribución de casos de maltrato según edad y sexo en el periodo estudiado



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 3

**Distribución de formas de maltrato infantil y del adolescente evaluados en el
periodo de estudio**

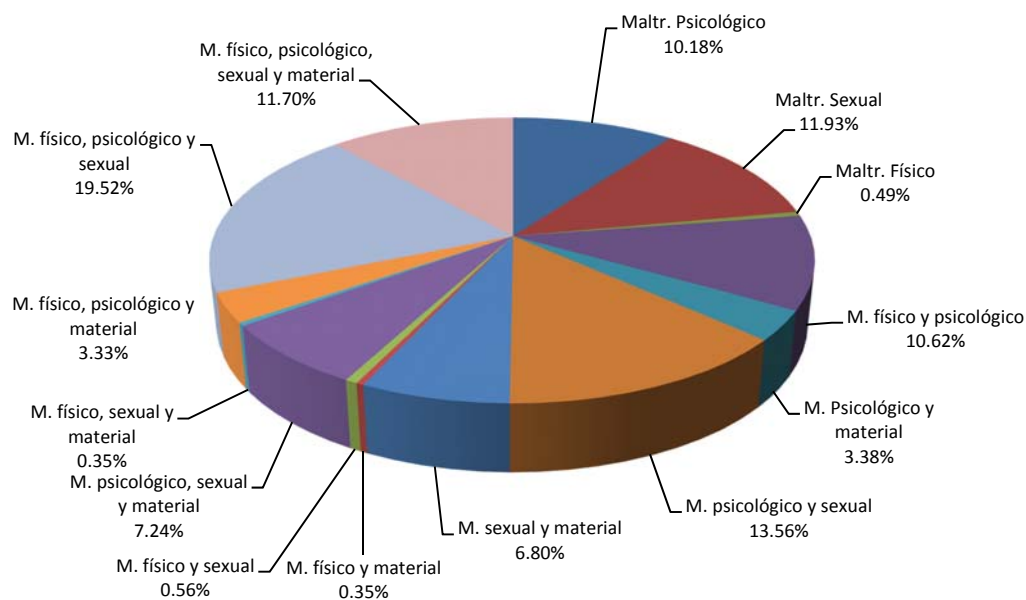
Formas	Tipo	N°	%
Uno	Maltr. Psicológico	669	10,18%
	Maltr. Sexual	784	11,93%
	Maltr. Físico	32	0,49%
Dos	M. físico y psicológico	698	10,62%
	M. Psicológico y material	222	3,38%
	M. psicológico y sexual	891	13,56%
	M. sexual y material	447	6,80%
	M. físico y material	23	0,35%
	M. físico y sexual	37	0,56%
Tres	M. psicológico, sexual y material	476	7,24%
	M. físico, sexual y material	23	0,35%
	M. físico, psicológico y material	219	3,33%
	M. físico, psicológico y sexual	1283	19,52%
Cuatro	M. físico, psicológico, sexual y material	769	11,70%
		6573	100,00%

En la presente tabla se observa que según las formas de maltrato, predominaron las evaluaciones por maltrato psicológico, seguidas por las de maltrato sexual, lesiones por maltrato físico y por potencial abandono material o moral. Y las combinaciones de evaluaciones más comunes fueron las de Maltrato físico, psicológico y sexual, Maltrato psicológico y sexual, Maltrato físico, psicológico, sexual y material

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 3

**Distribución de formas de maltrato infantil y del adolescente, evaluados en el
periodo de estudio**



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 4

Distribución de niños y adolescentes evaluados según edad y forma de maltrato

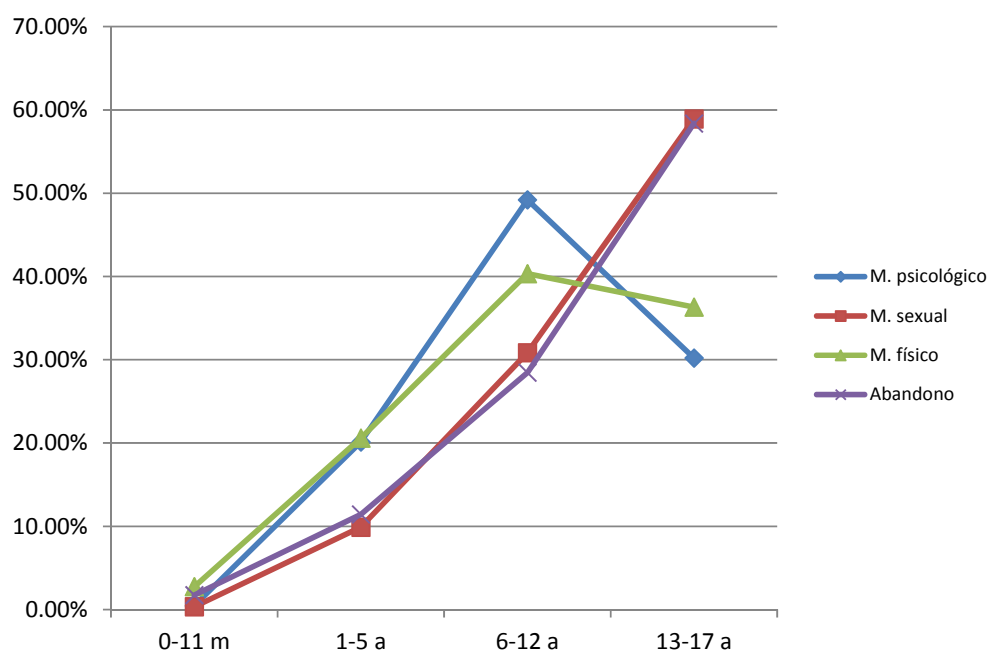
	Total	0-11 m		1-5 a		6-12 a		13-17 a	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
M. psicológico	5227	24	0,46%	1052	20,13%	2572	49,21%	1579	30,21%
M. sexual	4710	16	0,34%	466	9,89%	1453	30,85%	2775	58,92%
M. físico	3084	85	2,76%	635	20,59%	1244	40,34%	1120	36,32%
Abandono	2179	38	1,74%	249	11,43%	620	28,45%	1272	58,38%

La presente tabla muestra la relación de las formas de maltrato con los grupos de edad. De los casos de maltrato psicológico el grupo de edad con mayor porcentaje fueron de 6 a 12 años con 49,21%, el maltrato sexual se dio con frecuencia entre los 13 a 17 años con 58,92%, mientras que los casos de maltrato físico fueron más frecuentes entre los 6 y 12 años (40,34%), pero seguido muy de cerca por el grupo de 13 a 17 años (36,32%).

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Grafico 4

Distribución de niños y adolescentes evaluados según edad y forma de maltrato



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 5

Distribución de niños y adolescentes evaluados según sexo y forma de maltrato

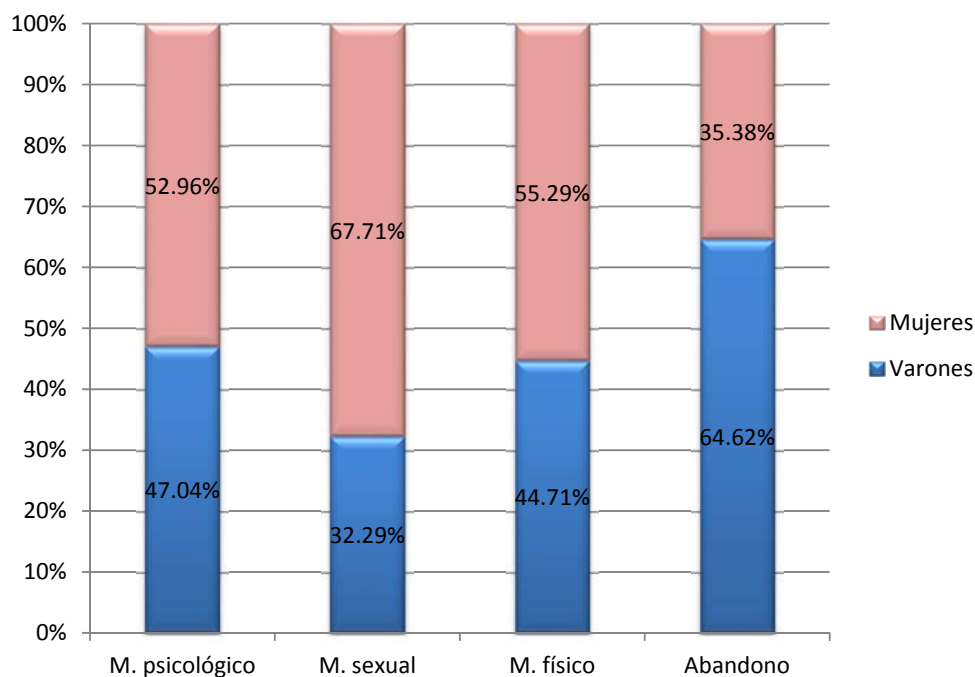
	Total general	Varones		Mujeres	
		N°	%	N°	%
M. psicológico	5227	2459	47,04%	2768	52,96%
M. sexual	4710	1521	32,29%	3189	67,71%
M. físico	3084	1379	44,71%	1705	55,29%
Abandono	2179	1327	60,90%	852	39,10%

En la siguiente tabla se muestra la distribución de las formas de maltrato según sexo; El maltrato psicológico es ligeramente mayor entre las mujeres con 52,96% comparado con 47,04% en varones; en cambio la diferencia es el doble en cuanto al maltrato de tipo sexual que es mayor entre las mujeres (67,71%). El maltrato físico es similar entre ambos (44,71% varones, 55,29% mujeres), y el abandono mayor en varones con un 60,90%.

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 5

Distribución de niños y adolescentes evaluados según sexo y forma de maltrato



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 6

Distribución de las formas de maltrato según la relación con el agresor

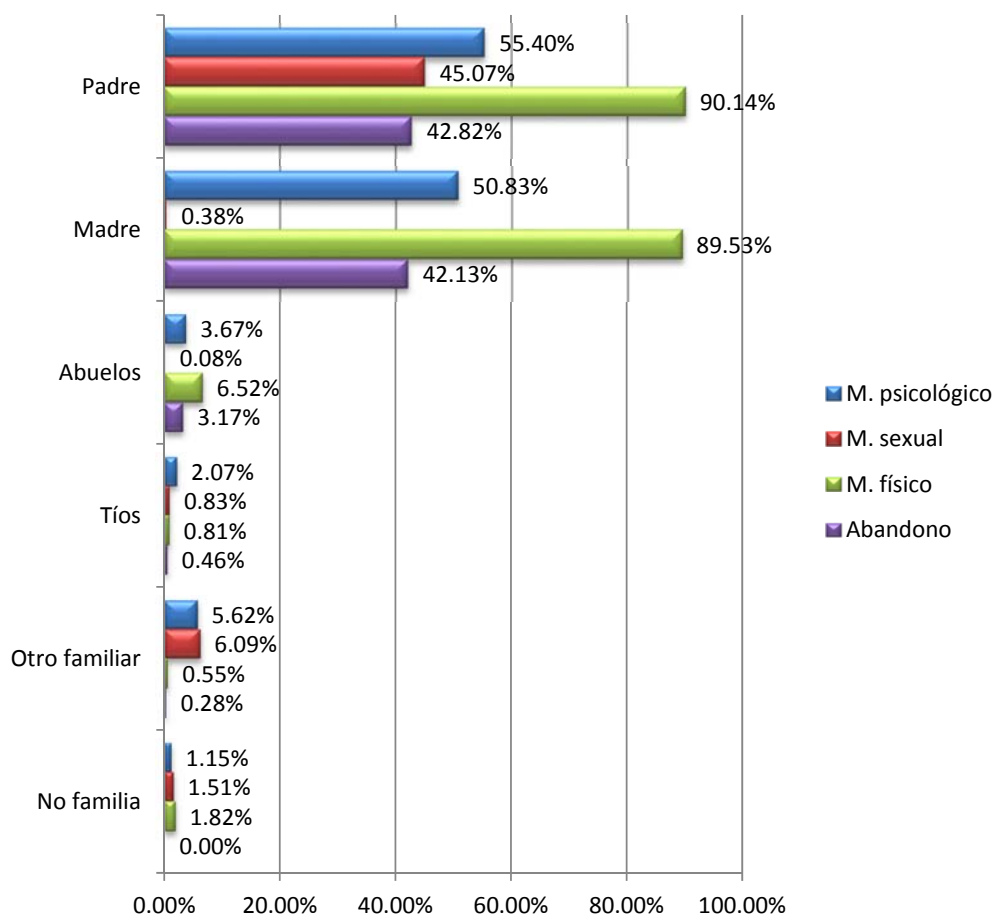
	Total	Maltr. Psicológico	Maltr. Sexual	Maltr. Físico	M. físico y psicológico	M. Psicológico y material	M. psicológico y sexual	M. sexual y material	M. físico y material	M. físico y sexual	M. psicológico, sexual y material	M. físico, sexual y material	M. físico, psicológico y material	M. físico, psicológico y sexual	M. físico, psicológico, sexual y material
Padre	339	3	0	1	28	0	220	0	0	0	0	1	12	46	28
Madre	84	0	0	0	21	0	0	0	0	1	0	0	9	37	16
Abuelos	172	0	0	2	34	0	0	0	0	1	0	1	15	73	46
Tíos	92	1	0	0	1	0	85	0	0	0	0	0	1	1	3
Otro fam	290	3	0	1	3	0	279	0	0	0	0	0	0	2	2
Extraño	1097	0	784	0	0	0	307	0	0	1	0	0	0	5	0
Padre+Madre	2627	0	0	23	602	0	0	0	19	33	0	21	180	1085	664
Madre+Abuelos	17	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	10	3
Padre+Abuelos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Abuelos+Tíos	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
Padre+Tíos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Madre+Tíos	7	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Padre+Extraño	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Padre+Madre+Abuelos	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Padre+Madre+Extraño	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
Padre+Madre+Otro fam	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Padre+Madre+Tíos	8	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1
Padre+Otro fam	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1
Padre+Madre+Abuelos+Tíos	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
No referido	1808	662	0	0	0	222	0	447	0	0	476	0	0	0	1
Total general	6573	669	784	32	698	222	891	447	23	37	476	23	219	1283	769

En la siguiente tabla se observa la relación de los menores con sus agresores. En los casos de maltrato psicológico están implicados tanto el padre como la madre. En los casos de maltrato sexual, en la mayoría de casos se acusó al padre, y a otros familiares. En el maltrato físico los acusados fueron para ambos padres en la mayoría de casos. Para el caso del abandono, el padre y la madre están involucrados en casi un mismo porcentaje.

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 6

Distribución de las formas de maltrato según la relación con el agresor



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 7

**Distribución de las características de las lesiones identificadas en el maltrato
físico (n = 3084)**

	N°	%
Sin lesiones	2272	73,67%
Con lesiones	812	26,33%
Total	3084	100,00%

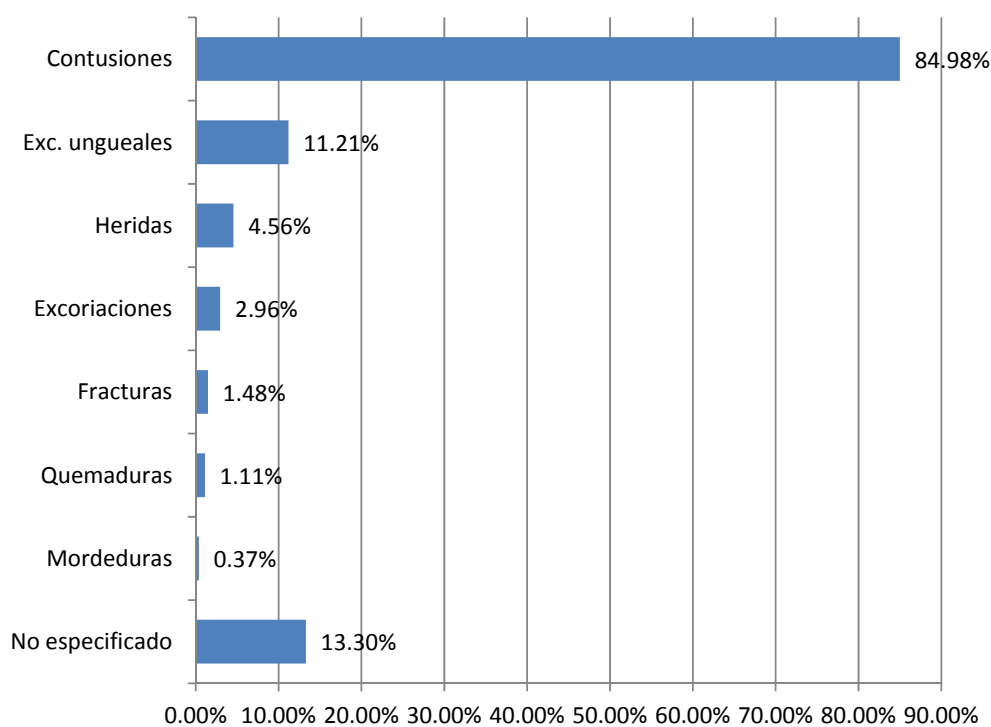
	N°	%
Contusiones	546	67,24%
Excoriaciones	7	0,86%
Exc. Ungueal	4	0,49%
Fractura	2	0,25%
Contusión+Exc.ungueal	80	9,85%
Contusión+Herida	24	2,96%
Contusión+Excoriación	14	1,72%
Contusión+Fractura	8	0,99%
Contusion+Mordedura	3	0,37%
Contusión+Herida+Quemadura	7	0,86%
Contusión+Excoriación+Exc.ungueal	2	0,25%
Contusión+Exc.ungueal+Herida	2	0,25%
Contusión+Exc.ungueal+Fractura	1	0,12%
Contusión+Excoriación+Herida	1	0,12%
Contusión+Herida+Fractura	1	0,12%
Exc. Ungueal+Herida+Quemadura	1	0,12%
Contusión+Exc.ungueal+Herida+Quemadura	1	0,12%
No especificada	108	13,30%
Total	812	100,00%

En la tabla 7 podemos observar que en los 3084 casos con evaluación por presunto maltrato físico, se muestra la frecuencia de lesiones identificadas. El 26,33% de niños evaluados por presunto maltrato físico presentaron lesiones en el examen, las lesiones contusas se encontraron en mayor frecuencia, seguidas de excoriaciones tipo ungueal, y en menor proporción hubo heridas.

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 7

**Distribución de las características de las lesiones identificadas en el maltrato
físico**



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 8

**Distribución de la ubicación topográfica de las lesiones identificadas en el
maltrato físico (n = 812)**

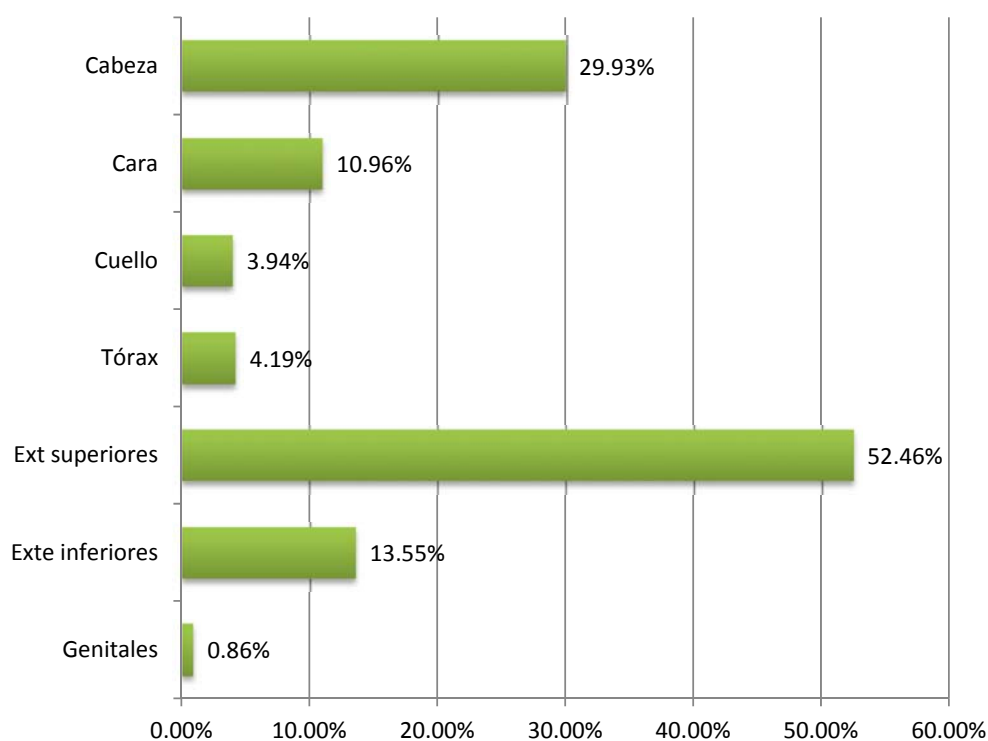
	N°	%
Cabeza	243	29,93%
Cara	89	10,96%
Cuello	32	3,94%
Tórax	34	4,19%
Ext superiores	426	52,46%
Extr. inferiores	110	13,55%
Genitales	7	0,86%

En esta tabla se observa que la ubicación principal de las lesiones es en extremidades superiores (52,46%), seguidas de la cabeza (29,93%), o en las extremidades inferiores (13,55%) o la cara (10,96%), con menor proporción en tórax (4,19%) o en cuello (3,94%) y en sólo 0,86% en los genitales.

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 8

**Distribución de la ubicación topográfica de las lesiones identificadas en el
maltrato físico**



**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Tabla 9

Distribución de lesiones según severidad en los niños y adolescentes evaluados

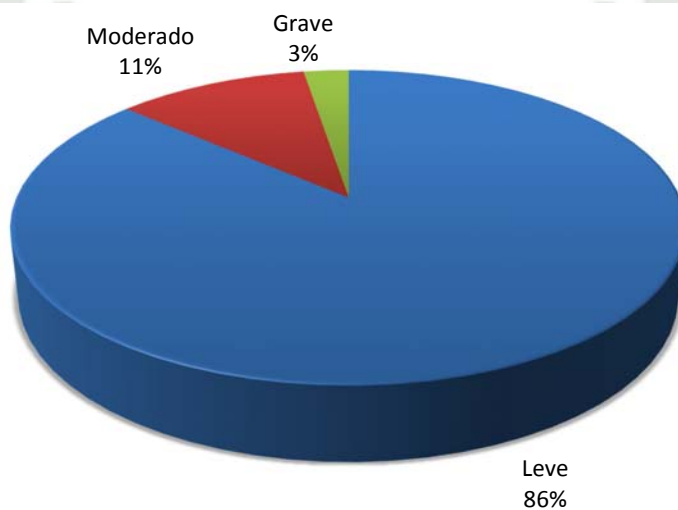
	N°	%
Leve	702	86,45%
Moderado	89	10,96%
Grave	21	2,59%
Total	812	100,00%

En este cuadro se observa que las lesiones fueron catalogadas mayormente como leves (86.45%), seguido de lesiones moderadas (10,96%) y por ultimo las graves (2,59%).

**CARACTERÍSTICAS MÉDICO LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA, 2006-2010**

Gráfico 9

Distribución de lesiones según severidad en los niños y adolescentes evaluados



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El maltrato a los niños y adolescentes es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos; no existe país ni comunidad que escape a él, y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo. (2)

En nuestro país el maltrato a los menores de 18 años tiene magnitudes epidemiológicas, y se suele esconder dentro de las acciones de corrección que hacen los adultos para que los niños, niñas y adolescentes obedezcan por lo que sólo se obtienen datos parciales, además que existen varias entidades donde se pueden denunciar estos casos.

Nuestra ciudad no se encuentra ajena a esta realidad y no existen datos actuales, razón por la que se realizó este estudio, el cual buscó identificar las características médico legal del maltrato infantil en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.

En nuestro estudio en la **Tabla y Gráfico 1** se observa la frecuencia de niños menores de 18 años en el periodo de 5 años de estudio; de un total de 134.326 atenciones, se tuvo 6573 peritados por posible maltrato infantil, lo que constituye un 17,68% de atenciones en niños y adolescentes. Se puede apreciar una tendencia decreciente de casos de maltrato infantil en el periodo, de 19,32% en el 2007 a 16,87% en el año 2010, aunque no podríamos afirmarlo ya que existen varios lugares donde se pueden denunciar estos casos.

En un estudio realizado en el mismo periodo en un hospital de referencia, en el que se realizó una revisión de fichas de evaluación de violencia familiar y maltrato infantil, donde se incluyeron 1798 registros no se mostró una tendencia al incremento de casos de maltrato. En otro estudio realizado por el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual 2002-2007 se han atendido en los CEM 30,319 casos de niños, niñas y adolescentes afectados por la violencia familiar y sexual; quienes recibieron 224,728 atenciones especializadas, cabe destacar que los menores de 18 años constituyen el 24% de afectados por violencia familiar y sexual. Y que los casos atendidos se han ido incrementando en este periodo de tiempo.

Del total de casos de maltrato infantil, la **Tabla y Gráfico 2** muestra la distribución por grupos de edad y sexo; el 59,04% fueron varones y 40,96% mujeres, contrario a todos los estudios revisados, esto podría deberse a mayor temor por parte de las mujeres al denunciar el hecho. Con respecto a las edades que van de 1,29% en menores de 1 año, 40,04% entre el año y los 5 años, 42,43% tuvo entre 6 y 12 años, y 16,32% tuvo entre 13 y 17 años, estos resultados concuerdan con la mayoría de estudios, lo cual se debe a que entre 1 a 12 años los niños son “presas” más fáciles para que los padres descarguen todas sus frustraciones y estrés sobre ellos.

Las formas de maltrato infantil registradas en el Instituto de Medicina Legal en el periodo de 5 años se muestran en la **Tabla y Gráfico 3**. Predominaron las evaluaciones por maltrato psicológico, seguidas de las evaluaciones por maltrato de tipo sexual, lesiones por maltrato físico y por potencial abandono material o moral. Y las combinaciones de evaluaciones más comunes fueron las de Maltrato físico, psicológico y sexual, Maltrato psicológico y sexual, Maltrato físico, psicológico, sexual y material

En el estudio en un Hospital de referencia nacional, el 48,6% de los registros se identificó agresión sexual, seguida del abandono en el 33,2%, solo se registraron 6,8% de casos de agresión física. La agresión sexual fue más frecuente en niñas (73,2%) y en adolescentes (44,4%). En un estudio local realizado en la Municipalidad de Hunter 16% sufre tanto maltrato físico como psicológico y 16% sufren de abandono o negligencia, 75% abandono físico, 25% abandono emocional.

La relación de las formas de maltrato con los grupos de edad se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**. De los casos de maltrato psicológico el 49,21% tuvieron de 6 a 12 años, el maltrato sexuales da con frecuencia cada vez mayor llegando a 58,92% entre los 13 y 17 años, mientras que los casos de maltrato físico fueron más frecuentes entre los 6 y 12 años (40,34%) y menos entre los 13 y 17 años (36,32%). En cuanto a las evaluaciones por probable abandono, también fueron crecientes con la edad, con 58,38% entre los 13 y 17 años. La tendencia es creciente en cuanto al maltrato sexual y el abandono, mientras que el maltrato físico y psicológico disminuyen con los mayores grupos de edad.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra la distribución de las formas de maltrato según sexo; El maltrato psicológico es ligeramente mayor entre las mujeres con 52,96% comparado con 47,04% en varones; en cambio el maltrato de tipo sexual es mayor entre las mujeres (67,71%). El maltrato físico es similar entre ambos (44,71% varones, 55,29% mujeres), y el abandono más entre varones (60,90%). Estos datos mantienen similitud con otros estudios realizados. A diferencia del estudio registrado en un Hospital de referencia donde los varones fueron los que con más frecuencia sufrieron maltrato físico y las mujeres fueron las que en mayor porcentaje sufrieron abandono.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra la relación de los menores con presunto maltrato infantil con los supuestos agresores. Entre los casos de maltrato psicológico, estuvieron implicados tanto el padre como la madre y en menor proporción otros familiares como abuelos, tíos, u otros familiares.

En los casos de maltrato sexual, en la mayoría de casos se acusó al padre, y en menor porcentaje a otros familiares y personas ajenas a la familia. En el maltrato físico los acusados fueron para ambos padres en la mayoría de caso, los abuelos y otros en menor proporción. Para el caso del potencial abandono, el padre y la madre están involucrados en casi un mismo porcentaje y en menor proporción.

Al respecto en la mayoría de antecedentes tanto nacionales como internacionales Ambos padres están implicados tanto en el maltrato físico como psicológico con ligeramente mayor porcentaje el padre en el maltrato físico a diferencia de la madre en el maltrato psicológico. En nuestro estudio el padre es contra el que se realizan mayor porcentaje de denuncias, Según ANAR Perú en el 2006, el principal agresor en los casos de abuso sexual se encuentra fuera del entorno familiar, cabe resaltar que el padrastro y los primos consignan un alto porcentaje como agresores sexuales.

En los 3084 casos con evaluación por presunto maltrato físico, se muestra la frecuencia de lesiones identificadas (**Tabla y Gráfico 7**). El 26,33% de niños evaluados por presunto maltrato físico (n = 812) presentaron lesiones en el examen, de las lesiones identificadas, se encontró con mayor frecuencia lesiones de tipo contusa (84,98%), seguidas de excoriaciones tipo ungueal (11,21%), y en menor proporción hubo heridas (4,56%), excoriaciones por roce (2,96%), fracturas (1,48%) o quemaduras (1,11%), y en 13,30% no se especifica de manera clara la presencia o no de lesiones. Los golpes

frecuentemente son producidos con la mano abierta, el puño, u otro objeto como vara, palo, cinto, zapatilla, o cualquier objeto que aleatoriamente se encuentre en ese lugar. Pero lo frecuente es un estilo para el castigo y un objeto reservado para ese fin.

La ubicación de las lesiones se muestra en la **Tabla y Gráfico 8**. Las diferentes lesiones se ubicaron principalmente en las extremidades superiores (52,46%), seguidas de la cabeza (29,93%), o en las extremidades inferiores (13,55%) o la cara (10,96%), con menor proporción en tórax (4,19%) o en cuello (3,94%) y en sólo 0,86% en los genitales, Estos resultados pueden deberse a que las extremidades tanto superiores como inferiores y la cabeza están descubiertas y de fácil acceso al realizar el maltrato físico.

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra la severidad de las lesiones encontradas en el examen de los menores. Las lesiones fueron catalogadas como leves (menos de 10 días de calificación médico legal) en 86,45%, moderadas (de 10 a 29 días) en 10,96%, y graves (de 30 a más días de descanso) en 2,59% de casos.

Para catalogar la severidad se basa en el protocolo del Instituto de Medicina Legal en el Perú.

En un estudio sobre el maltrato infantil en el ámbito familiar realizado en Paraguay en el 2009, reveló que 92% del maltrato en niños y adolescentes fue leve y 8% fue grave hasta el punto de ser hospitalizados. Y las Estadísticas Nacionales de Maltrato Infantil en Estados Unidos 2010 reportan la pérdida de cinco niños cada día debido a las muertes relacionadas con el abuso.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** La frecuencia de maltrato en niños y adolescentes en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010 fue de 7,68% de atenciones en niños y adolescentes, con una tendencia decreciente en el periodo, de 19,32% en el 2007 a 16,87% en el año 2010.
- Segunda.** El maltrato psicológico fue mayor en mujeres y varones adolescentes de 6 a 12 años, el maltrato físico predominó en niños varones y mujeres de 6 a 12 años, en tanto que el maltrato sexual fue mayor en mujeres de 13 a 17 años, y el abandono moral en varones de 13 a 17 años.
- Tercera.** Las formas más frecuentes de maltrato infantil en niños y adolescentes atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010 fueron por maltrato psicológico, maltrato sexual, maltrato físico y abandono material o moral.
- Cuarta.-** La relación o parentesco con el agresor y niños y adolescentes atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010 fue, en los casos de maltrato psicológico tanto el padre como la madre, en el maltrato sexual, mayor porcentaje acusaron al padre, en el físico ambos padres estuvieron implicados en un alto número de casos y para el abandono, el padre y la madre están involucrados en casi un mismo porcentaje.

Quinta.- Se encontraron lesiones por maltrato en niños y adolescentes en 26,33% de niños y adolescentes evaluados en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo de estudio consiste en contusiones en extremidades superiores y cabeza y en excoriaciones ungueales.

Sexta.- Las lesiones por maltrato en niños y adolescentes en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo de estudio fueron predominantemente leves.



RECOMENDACIONES

Considerando las conclusiones obtenidas durante este estudio realizamos las siguientes recomendaciones.

PRIMERA: Se recomienda realizar una investigación de tipo prospectivo mediante una ficha de evaluación que incluya además de datos, indicadores de maltrato y de ayuda. Y que pueda tener este estudio como una antecedente local.

SEGUNDA: Se recomienda cambiar el formato de las fichas de recolección de datos que se usan en el Instituto de Medicina legal, para que los grupos de edades sean de acuerdo a lo establecido por la OMS y que en una sola ficha se incorpore por qué tipos de exámenes ha pasado un mismo paciente en una atención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Santana R. el mal trato infantil: un problema mundial. salud publica mex. 1998;40:58-65.
- 2) Herrera E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. salud pública de méxico / vol.41, no.5, septiembre-octubre de 1999
- 3) Medrano G. “maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?” odontol pediatr vol 9 n° 1 enero-junio 2010
- 4) Robaina G. el maltrato infantil. rev cubana med gen integr 2001;17(1):74-80
- 5) Larraín S. maltrato infantil y relaciones familiares en chile1. análisis comparativo. 1994-2000-2006 rev chil pediatr 2008; 79 supl (1): 64-79
- 6) Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos instituto madrileño del menor y familia, 2006
- 7) Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar paraguay, 2010
- 8) Rodriguez J. Proyecto de prevención del maltrato infantil Colombia 2005
- 9) Estudio descriptivo del maltrato infantil. una experiencia desde el teléfono anar marzo 2006
- 10) Maltrato infantil manual básico para su detección y primer abordaje, montevideo noviembre, 2003
- 11) Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar paraguay, 2010
- 12) Lopez J. Tesis sobre Maltrato Infantil. 2009

- 13) Zárate M. Maltrato infantil: abordaje, intervención y prevención en las escuelas
2006
- 14) Martínez A. Maltrato infantil
- 15) Rodríguez N. prevalencia del maltrato infantil, cuadernos de investigación del
diplomado en violencia y convivencia social 2006
- 16) Suárez S. Protocolos de pediatría social maltrato infantil, bol pediatri 2006;
46(supl. 1): 119-124
- 17) Dota M. Maltrato infantil: personalidad, autoconcepto y patrones de crianza
percibidos en adolescentes maltratados, mendoza 2010
- 18) Larrain S. Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro unicef chile
2009
- 19) Faraone A. Maltrato infantil y un estudio de caso, ediciones trilce montevideo
uruguay 2000
- 20) Sanmartín J. Violencia contra niños editorial ariel 4ta edición barcelona 2008
- 21) Pou J. Protocolo diagnóstico-terapéuticos de urgencias pediátricas maltrato
infantil. actuación en urgencias, Barcelona
- 22) Portillo R. Tratamiento psicológico de niños víctimas de abuso sexual
- 23) Redondo C. Revisión el abuso sexual infantil, bol pediatri 2005; 45: 3-16
- 24) "codigo de los niños y adolescentes" ley Peruana no. 27337
- 25) Ballona R, Chacón O, Zaldivar E, Kikushima I. Manifestaciones cutáneas del
maltrato infantil. Instituto de Salud del Niño 1995 – 2002. Dermatol Pediatr
Lat Vol 1 N°1 Octubre 2003: 24-29

- 26) Deza Villanueva S. Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil Liberabit. Revista de Psicología, Universidad de San Martín de Porres, (2005). n° 11: pp. 19-24
- 27) Saldaña Sage D, Jiménez Morago J, Oliva Delgado A. El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. Infancia y aprendizaje, N° 71, 1995:59-68
- 28) De Paúl J, Pérez-Albéniz A, Paz P, Alday N, Mocoroa I. Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. Psicothema 2002. Vol. 14, n° 1, pp. 53-62
- 29) Chávez I., Domínguez A. Maltrato infantil: Un problema sin resolver, México Nov 2009
- 30) Arredondo V., Knaak M. Maltrato infantil elementos básicos para su comprensión, centro de promoción y apoyo a la infancia Paicabi, Chile 1998
- 31) Del Castillo L., Boletín de políticas públicas sobre infancia, Perú Marzo 2012



Anexo 1

Ficha de recolección de datos

Ficha n° _____

Nombre (Iniciales): _____

Edad: _____

Sexo: varón ☐

Mujer ☐

Área de procedencia: _____

Clasificar en el menor el tipo de maltrato.

Físico:

___ Hematomas.

___ Quemaduras.

___ Fracturas

___ Heridas con formas no normales

___ Condiciones higiénicas deficitarias

___ Mordeduras

___ Jalones de cabello

___ Otros

Ubicación Topográfica de las lesiones:

___ Cabeza

___ Tronco

___ Miembros Superiores

___ Miembros Inferiores

Agente causante de las lesiones:

___ Líquidos calientes

___ Líquidos corrosivos

___ Golpes con objetos

___ Bofetadas

___ Patadas

___ Puñetes

___ Otros

Psicosocial:

___ Inducción a la prostitución

___ Utilización para la mendicidad.

___ Maltrato intelectual o emocional.(humillaciones, ofensas, chantajes)

___ Abandono.

___ Negar abrigo y/o protección

___ Accidentes por descuido.

___ Abandono de la escuela para realizar otras tareas.

Sexual:

___ Inducción a la prostitución

___ Juegos sexuales

___ Obligarlo al exhibicionismo

___ Violaciones

___ Incesto

___ Sugilaciones

Frecuencia en que el niño ha sido maltratado:

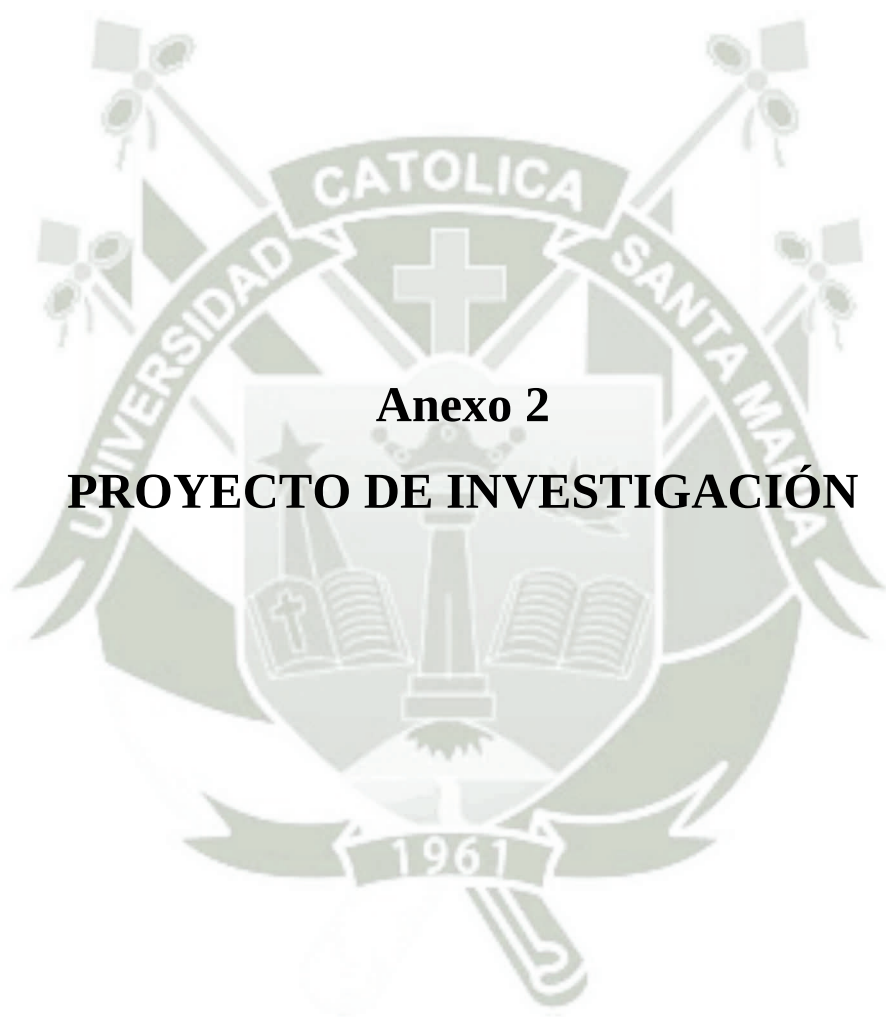
___ Una vez.

___ Dos veces.

___ Varias veces.

Observaciones:

.....



Anexo 2

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Características médico legales del maltrato infantil en el Instituto de Medicina Legal Arequipa, 2006-2010”

Autora:

CLAUDIA MARÍA DEL CARMEN MACEDO GONZÁLES

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico

Cirujano

**Arequipa - Perú
2012**

I. PREÁMBULO

La violencia familiar o doméstica es un problema de salud pública; son frecuentes también los casos de feminicidio o de maltrato de la mujer por parte de su pareja, problema ampliamente abordado por diversas sociedades. Sin embargo, no siempre le ponemos atención a una de las víctimas más inocentes dentro de la familia, que son los niños. Muchas veces por su incapacidad de denunciar los abusos son víctimas silentes que sólo salen a la luz pública cuando sufren agresiones tan severas que les producen la muerte o les acarrearán problemas insalvables.

El estudio del maltrato infantil cobra entonces gran importancia por ser un problema oculto, del cual se tienen sólo datos parciales. Según datos del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), la violencia en la infancia y adolescencia es un grave problema social en nuestro país, con cerca del 40% de casos de maltrato infantil psicológico y físico ocasionado por la propia madre y ocurre en el hogar.

Durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales he tenido la oportunidad de observar casos de niños con signos de maltrato, habiendo pocas oportunidades en que en el ámbito hospitalario se pueda hacer algo por ellos, y estos casos se concentran en el servicio médico legal.

En el Instituto de Medicina Legal “Leonidas Avendaño Ureta” se atienden todas las denuncias de violencia en personas, y la atención de niños y adolescentes cobra especial prioridad y requiere del concurso de especialistas como pediatras, ginecólogos, psicólogos y otros que investigan la comisión de delitos en este vulnerable grupo de edad. El conocer las características de los niños y de las formas de maltrato infantil puede ser de gran importancia para establecer perfiles de riesgo en la sociedad y combatir activamente esta grave forma de violencia.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son las características médico legales del maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Medicina legal
- Línea: Maltrato infantil y del adolescente

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón / Mujer	Categórica Nominal
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Numérica continua
Tipo de maltrato	Forma de maltrato infantil	Físico, psicológico, sexual, material	Categórica nominal
Relación con el agresor	Relación familiar	Madre, padre, tíos, abuelos, primos, no familiares, extraños	Categórica nominal

Tipo de lesiones	Formas de producción de lesiones	Contusiones, excoriaciones, heridas, fracturas, mordeduras	Categórica Nominal
Ubicación de lesiones	Región anatómica	Cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales	Categórica nominal
Severidad de las lesiones	Calificación médico legal	Leve, grave	Categórica Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010?
2. ¿Cuáles son las características de edad y sexo de los niños y adolescentes según la forma de maltrato infantil en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010?
3. ¿Cuál es el tipo más frecuente de maltrato infantil en niños y adolescentes atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010?
4. ¿Cuál es la relación o parentesco más frecuente entre el niño y adolescente maltratado y su agresor, en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010?
5. ¿Cuál es el tipo de lesión más frecuente en niños y adolescentes maltratados atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010?
6. ¿Cuál es la ubicación topográfica de la lesión más frecuente en niños y adolescentes maltratados atendidos en el Instituto de Medicina Legal

de Arequipa durante el periodo 2006-2010?

7. ¿Cuál es la severidad de las lesiones en niños y adolescentes maltratados atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

e) **Nivel de investigación:** se trata de un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca conocer las características médico legales del maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010. No hemos encontrado estudios recientes relacionados al maltrato infantil y del adolescente en nuestro medio, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia práctica** ya que el conocer las características de los niños que son víctimas de maltrato, permitirá identificar los lugares donde puede producirse esta forma de violencia, con la posibilidad de diseñar estrategias para combatirla y prevenirla.

Tiene **relevancia social**, ya que el maltrato infantil y del adolescente es un problema de salud pública creciente en nuestro medio.

El estudio es **contemporáneo** ya que el incremento de los casos de violencia abarcan también a los niños y adolescentes, y se presenta en

forma continua en nuestra sociedad.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño retrospectivo en el que se cuenta con registros protocolizados de atención en una institución especializada en atención de víctimas de violencia sociedad.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la medicina legal, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

Maltrato infantil

1. Introducción

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños.

El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante. (2, 17) Es un fenómeno social mundial, surgió con la humanidad y se ha presentado en toda su historia. (15) Es un atentado a los derechos más básicos de los niños, consagrados a partir de la Declaración Universal de los derechos humanos.

En el mundo entero son cientos de miles los niños y adolescentes que por razones culturales, sociales interpersonales sufren violencia en la familia, en la escuela y en la comunidad (7), no es solamente un problema de salud publica, es un problema social

mucho más profundo, que no se limita a las profesiones médicas, legal o de servicio social. Involucra a todos los miembros de la comunidad. (8)

Las manifestaciones de violencia que sufren los niños y adolescentes son diversas, van desde el castigo físico, los insultos y amenazas, el abandono hasta el abuso sexual; estas pueden ser realizadas por los padres, cuidadores, profesores y en la comunidad.

“Las víctimas del maltrato infantil y el abandono son aquel segmento de la población conformados por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sean en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivo, e incluye abandono completo o parcial” UNICEF 2006 (7)

Los efectos que produce el maltrato infantil no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez. Muchas de las heridas emocionales que tiene una persona, producidas en su niñez pueden causarles trastornos psicológicos emocionales y físicos, produciendo dificultades en la vida de las mismas. (17)

Una de las principales fuentes de información sobre el maltrato infantil son las denuncias que se realizan en diversas instituciones, como en los servicios sociales, policías, hospitales y servicios que atienden a niños y adolescentes. Sin embargo las denuncias dan cuenta solo parcialmente de la realidad del maltrato y se considera que las cifras disponibles son solo la punta del Iceberg del real problema del maltrato infantil. (7)

Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano. (2,17)

2. Antecedentes Históricos

El Maltrato Infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. (30)

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. (1,2)

La Biblia recoge muchos ejemplos, y tal vez el más conocido sea la *Matanza de los Inocentes*, ordenada por Herodes, temiendo el nacimiento de Jesús. Los egipcios ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara mejor la cosecha anual; en Grecia y Roma los niños enfermos y malformados eran eliminados; mientras que en China, arrojar el cuarto hijo a las fieras constituía un método de control de la natalidad. (1)

La sociedad empezó a tomar conciencia de la existencia del problema y de la presencia del maltrato hasta finales del siglo XIX. Como un antecedente de fundamental importancia en el estudio del síndrome del niño maltratado, se encuentra el caso de Mary Ellen (1874), (1,2,3) una pequeña de 9 años de edad ,quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus

vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. (1,2,3)

A raíz de este suceso, surge en EUA, en 1875, la Sociedad de Prevención de la Crueldad en los Niños y, posteriormente, se crean otras organizaciones con esta misma función. (3)

En 1946, Caffey describió 6 casos de niños que padecían de hematomas subdurales crónicos y que fueron vistos primero por fracturas múltiples en sus huesos largos. Fue este reporte que describió por primera vez algunas de las características del maltrato a los niños. (3)

En 1962, Henry Kempe creó la expresión síndrome del niño golpeado y lo definió como “el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir y lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre o de otra persona responsable del cuidado del menor” (1,2,3,4), concepto que fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.(1,3)

En 1974, se fundó el Centro Nacional del Niño Maltratado y Abandonado por disposición de la legislación federal y a partir de 1980 se reconoce el maltrato infantil como prioridad en la sociedad; esta no distingue raza, sexo, ni condición social.(1,3)

En nuestro país, las primeras medidas de protección hacia la infancia fueron dadas en el primer código de menores en 1962, según la ley 13968, durante el gobierno de Manuel Prado.

El 26 de enero de 1990, nuestro país firma la convención de los derechos del Niño, siendo ratificada por el congreso de la república con resolución legislativa No. 25178, el 3 de Agosto de 1990. El 28 de Diciembre de 1991 por decreto ley 26102, se elaboró el "código de los niños y adolescentes", estableciéndose en el la creación de las Defensorías del niño y del Adolescente, que es un servicio del Sistema Nacional de Atención Integral, conformado por todos aquellos organismos públicos y privados que desarrollan las acciones orientadas a la infancia, cuya finalidad fundamental es "Resguardar y Promover los Derechos del Niño y del Adolescente"

3. Código de los niños y adolescentes:

3.1 DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Artículo 10.- El niño y el adolescente tienen derecho a la vida desde el momento de la concepción. El presente Código garantiza la vida del concebido, protegiéndolo de experimentos o manipulaciones genéticas contrarias a su integridad y a su desarrollo físico o mental.

Artículo 30.- El niño y el adolescente tienen derecho a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado.

Artículo 40.- El niño y el adolescente tienen derecho a que se respete su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. No podrán ser sometidos a tortura, ni a trato cruel o degradante. Se consideran formas extremas que afectan su integridad personal, el trabajo forzado y la explotación económica, así como el reclutamiento forzado, la prostitución, la trata, la venta y el tráfico de niños y adolescentes y todas las demás formas de explotación.

Artículo 5o.- El niño y el adolescente tienen derecho a la libertad. Ningún niño o adolescente será detenido o privado de su libertad. Se excluyen los casos de detención por mandato judicial o de flagrante infracción a la ley penal.

Artículo 6o.- El niño y el adolescente tienen derecho a la identidad, lo que incluye el derecho a tener un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y llevar sus apellidos.

Artículo 9o.- A El niño y el adolescente que estuvieren en condiciones de formarse sus propios juicios tendrán derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afecten y por los medios que elijan, incluida la objeción de conciencia, y a que se tenga en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez.

Artículo 10o.- El niño y el adolescente tienen derecho a la libertad de expresión en sus distintas manifestaciones. El ejercicio de este derecho estará sujeto a las restricciones determinadas por ley.

Artículo 14o.- El niño y el adolescente tienen derecho a la educación. El Estado asegura la gratuidad pública de la enseñanza para quienes tienen limitaciones económicas. Ningún niño o adolescente debe ser discriminado en un centro educativo, por su condición de discapacidad ni por causa del estado civil de sus padres.

Artículo 21o.- El niño y el adolescente tienen derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas.

3.2 SISTEMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y AL ADOLESCENTE

Artículo 27o.- El Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente es el conjunto de órganos, entidades y servicios públicos y privados que formulan, coordinan, supervisan, evalúan y ejecutan los programas y acciones desarrollados para la protección y promoción de los derechos de los niños y adolescentes.

El sistema funciona a través de un conjunto articulado de acciones interinstitucionales desarrolladas por instituciones públicas y privadas.

3.3 POLITICA Y PROGRAMAS DE ATENCION INTEGRAL AL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Artículo 32o.- La política de promoción, protección y atención al niño y al adolescente es el conjunto de orientaciones y directrices de carácter público, dictadas por el PROMUDEH, cuyo objetivo superior es garantizar sus derechos consagrados en la normatividad.

Artículo 33o.- La política de atención al niño y al adolescente estará orientada a desarrollar:

- a. Programas de prevención que garanticen condiciones de vida adecuadas
- b. Programas de promoción que motiven su participación y la de su familia y que permitan desarrollar sus potencialidades
- c. Programas de protección que aseguren la atención oportuna cuando enfrentan situaciones de riesgo

d. Programas de asistencia para atender sus necesidades cuando se encuentren en circunstancias especialmente difíciles

e. Programas de rehabilitación que permitan su recuperación física y mental y que ofrezcan atención especializada.

Artículo 38o.- El niño o el adolescente víctimas de maltrato físico, psicológico o de violencia sexual merecen que se les brinde atención integral mediante programas que promuevan su recuperación física y psicológica. El servicio está a cargo del Sector Salud. Estos programas deberán incluir a la familia.

3.4 DEFENSORIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Artículo 42o.- La Defensoría del Niño y del Adolescente es un servicio del Sistema de Atención Integral que funciona en los gobiernos locales, en las instituciones públicas y privadas y en organizaciones de la sociedad civil, cuya finalidad es promover y proteger los derechos que la legislación reconoce a los niños y adolescentes. Este servicio es de carácter gratuito.

Artículo 45o.- Son funciones de la Defensoría:

- a. Conocer la situación de los niños y adolescentes que se encuentran en instituciones públicas o privadas
- b. Intervenir cuando se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos para hacer prevalecer el principio del interés superior
- c. Promover el fortalecimiento de los lazos familiares. Para ello puede efectuar conciliaciones extrajudiciales entre cónyuges, padres y familiares, sobre alimentos,

tenencia y régimen de visitas, siempre que no existan procesos judiciales sobre estas materias

d. Conocer de la colocación familiar

e. Fomentar el reconocimiento voluntario de la filiación

f. Coordinar programas de atención en beneficio de los niños y adolescentes que trabajan

g. Brindar orientación multidisciplinaria a la familia para prevenir situaciones críticas, siempre que no exista procesos judiciales previos

h. Denunciar ante las autoridades competentes las faltas y delitos cometidos en agravio de los niños y adolescentes.

3.5 LA FAMILIA Y LOS ADULTOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Artículo 74o.- Son deberes y derechos de los padres que ejercen la Patria Potestad:

a. Velar por su desarrollo integral

b. Proveer su sostenimiento y educación

c. Dirigir su proceso educativo y capacitación para el trabajo conforme a su vocación y aptitudes

d. Darles buenos ejemplos de vida y corregirlos moderadamente.

e. Cuando su acción no bastare podrán recurrir a la autoridad competente

f. Tenerlos en su compañía y recurrir a la autoridad si fuere necesario para recuperarlos

g. Representarlos en los actos de la vida civil mientras no adquieran la capacidad de ejercicio y la responsabilidad civil; h. Recibir ayuda de ellos atendiendo a su edad y condición y sin perjudicar su atención

i. Administrar y usufructuar sus bienes, cuando los tuvieran

Artículo 75o.- La Patria Potestad se suspende en los siguientes casos:

- a. Por la interdicción del padre o de la madre originada en causas de naturaleza civil
- b. Por ausencia judicialmente declarada del padre o de la madre
- c. Por darles órdenes, consejos o ejemplos que los corrompan
- d. Por permitirles la vagancia o dedicarlos a la mendicidad
- e. Por maltratarlos física o mentalmente
- f. Por negarse a prestarles alimentos
- g. Por separación o divorcio de los padres, o por invalidez del matrimonio de conformidad del Código Civil.

4. Definición

No existe una definición única de maltrato infantil, el concepto ha ido evolucionando en la medida que se va conociendo más del fenómeno, ampliando sus manifestaciones y evaluando su impacto.

"El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos y a la explotación laboral y trabajo de los niños, para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños". (5)

La Organización Panamericana de la Salud conceptualiza al maltrato infantil como toda forma de abuso físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, que produzca daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño, niña y adolescente en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o de poder. (7)

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil, como: Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo. (5,6,7)

Para UNICEF, las víctimas del maltrato infantil y el abandono pertenecen al segmento de la población conformada por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años, que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede

realizarse por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos. (7)

5. Etiología

Muchos son los autores de diversas disciplinas que han descrito los factores etiológicos del maltrato. Coinciden en que no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño. (3)

El problema puede apreciarse desde una perspectiva ecológica como lo indico Belsky,(1993), en donde se consideran los siguientes factores (8)

5.1. El microsistema: Constituido por tres elementos: El maltratante, el entorno familiar y el menor maltratado

5.1.1. El abusador o maltratante

A menudo, uno de los padres es el castigador activo mientras que el otro aprueba el maltrato en forma pasiva. Ese padre o madre frecuentemente tiene una historia de maltrato, de modo que esa práctica de crianza pasa de una generación a otra. (3)

En el agresor las principales características de riesgo serán las frustraciones, baja tolerancia al estrés, los conflictos hogareños y el bajo nivel socioeconómico, aunque no es exclusivo de este último, en otros niveles el maltrato se matiza bajo formas de agresión encubierta, se habla entonces de maltrato emocional, de la

indiferencia, del descuido afectivo, características que dejan secuelas en la personalidad del niño en formación. (2)

El nivel escolar y la edad no parecen ser factores predictivos, pero parece ser más frecuente entre padres entre los 18 y 45 años.(3) En relación con el sexo, la mujer maltrata más, pero suele ser el hombre quien lo hace con mayor severidad y gravedad. No se relaciona con la ocupación, pero sí con el desempleo, subempleo y trabajos inestables. Autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez. (1,4,8)

5.1.2. El menor maltratado

En relación con el niño pueden darse situaciones diversas pues suele ser un hijo no deseado, prematuro, con peculiaridades que no satisfacen las expectativas de los padres: sexo no deseado, con malformaciones, con presencia de discapacidades físicas y psíquicas, problemas de salud, irritable, desobediente, difícil de educar, demandante, con alto nivel de actividad motora e hiperquinesia.

Con mayor frecuencia son varones y menores de 5 años los más susceptibles al maltrato físico, mientras que son las mujeres en edad escolar las que más sufren el abuso sexual (1,4,8)

5.1.3. En relación con la familia

Las familias numerosas, familias monoparentales, con problemas maritales, la lucha por la custodia de los hijos, así como los estilos de comunicación deficientes.(8)

5.2. El Exosistema: Trabajos, vecindario y apoyo social

El mundo exterior puede crear un clima que favorece la violencia familiar. Las condiciones de vida difícil, el desempleo, la insatisfacción en el trabajo, el aislamiento social, los lazos sociales limitados, la falta de asistencia o de confianza en la persona más cercana en el cuidado y la pobreza son todos factores muy relacionados con el niño o adolescente y el abuso del cónyuge. Sin embargo, ninguno de ellos es un factor determinante.(2,8)

5.3.El Macrosistema: Valores y patrones culturales

Dos factores culturales que parecen llevar el abuso infantil son la violencia criminal y la creencia en el castigo físico para los niños y adolescentes. También la impunidad en la protección de los derechos humanos. (8)

6. Tipos de maltrato infantil

6.1. Prenatales

- o Gestaciones rechazadas. Sin control médico, alimentación deficiente, etc.
- o Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos.
- o Enfermedades de transmisión.
- o Abortos. (3,6,13)

6.2. Postnatales

6.2.1. Maltrato físico:

Es cualquier acción no accidental que provoca daño en el cuerpo del niño o la niña; se contempla desde una contusión leve hasta una lesión mortal, puede ser el resultado de uno o dos incidentes relativamente aislados, o bien constituir una situación crónica de abuso. (1,3,9,11,12)

Probablemente es el tipo más importante de maltrato a los niños ya que sin ninguna intervención o servicio es potencialmente fatal. Casi siempre la lesión es un atentado furioso del cuidador hacia el niño como una forma de castigo. A veces es un arranque incontrolado del adulto hacia el niño en un momento de crisis. (31)

Las lesiones más frecuentes son quemaduras de cigarrillos, agua o plancha; fracturas múltiples, heridas, moretones, rasguños y arañazos en el rostro. En casos extremos, se pueden producir lesiones que causen la muerte, como asfixia, hemorragias, fracturas de cráneo, ruptura de órganos.(11,31)

6.2.2. Maltrato psicológico o emocional:

Es una de las formas más sutiles, pero también más existentes de maltrato infantil. Se define como la hostilidad verbal y no verbal reiterada en forma de acoso, insulto, menosprecio, crítica, amenaza, sometimiento, dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional. (1,3,9,11,12)

Dentro de este grupo se incluye el denominado abuso pedagógico, que incluirá los casos de niños con excesivas obligaciones académicas sin contar con las posibilidades del propio niño, evitando el desarrollo normal de vida social y juego del niño, generando un estrés escolar que puede derivar en trastornos psicosomáticos o alteraciones emocionales. (3)

6.2.3. Negligencia:

Consiste en una falla de los padres o tutores en proporcionar al niño o adolescente lo necesario para su desarrollo físico, intelectual o psicológico, ya sea parcial o total. Podemos diferenciar dos tipos: Ausencia parcial o total de cuidados físicos y emocionales

- o **Psicológica:** Es un modo pasivo de maltrato, no brindando afecto, atención, apoyo y valoración que toda niña, niño y adolescente necesita para crecer psicológicamente sano.
- o **Física:** Se manifiesta cuando las necesidades físicas de la niña o el niño, tales como alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones de riesgo y/o cuidados médicos no son atendidas temporal o permanentemente. (1,3,9,11)

6.2.4. Abuso sexual infantil:

Se considera a todo acto de índole sexual entre un adulto y una o un menor de edad, en la que el adulto que se encuentra en una posición de poder o autoridad sobre el menor, usa a este para su propia estimulación y satisfacción sexual. Este puede ser realizado por miembros de la familia, conocidos o extraños. Pueden consistir en actos con contacto físico o sin contacto físico como también la explotación sexual,

pornografía y prostitución infantil. A menudo los niños son víctimas de abuso sexual, dado su pequeño tamaño e imposibilidad de autodefensa y dada su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda. (3,29)

6.2.5. Explotación laboral:

Situación donde la madre, padre o responsable legal asignan al niño o adolescente con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y que son asignados al niño con el objeto de obtener un beneficio económico. (3,29)

7. Epidemiología

En Estados Unidos se reportan anualmente 1 600 000 casos de maltrato con 2 000 defunciones. Entre un 60-70 % son menores de 3 años, el 60 % son varones, aunque dentro del abuso sexual se reporta un 83 % de niñas, y se reporta un 100 % de familias disfuncionales con uso del castigo físico como medida disciplinaria.(4)

En América y el Caribe, con una población de más de 190 millones de niños, las investigaciones realizadas indican que es la que posee los mayores índices de violencia., según estudios la violencia contra menores de edad en el interior de las familias se manifiesta principalmente por medio del castigo físico como forma de disciplina, el abuso sexual, el abandono y la explotación económica.(1)

Un estudio reciente publicado por UNICEF, manifiesta que actualmente, en América Latina, 6 millones de niños y niñas son objeto de agresiones severas y 80.000 mueren cada año producto de los malos tratos recibidos por sus propios padres.

En nuestro país el informe pone de manifiesto que cada año la policía peruana recibe casi 4.500 denuncias de menores de edad que son maltratados en sus hogares. Según la encuesta ENDES 2000, el 41% de padres y madres acude a los golpes para corregir a sus hijos e hijas, entre los niños menores de 5 años la principal agresora es la madre quien recurre primero a la violencia física y luego a la psicológica.⁽³⁾ En el caso de los niños de 6 a 11 años, el agresor es el padre quien los maltrata, y recurre primero a la violencia psicológica.

Las estadísticas señalan también que la prevalencia del maltrato infantil es aproximadamente el doble en niños en comparación con las niñas, es posible observar que, hasta antes de los 15 años de edad, el número de personas agredidas aumenta con la edad de los niños, tanto para hombres como para mujeres. Este hecho no necesariamente significa que la prevalencia en maltrato infantil es mayor en los niños con mayor edad, sino que a medida que los niños crecen, pueden tener más claro el concepto de violencia y maltrato físico o psicológico, que finalmente los lleve a reportar más casos de agresión doméstica.

Hay diferencia en maltrato infantil de acuerdo al sexo del niño. Hasta antes de los 10 años de edad, el maltrato infantil dentro del hogar es mayor en los niños en comparación con las niñas. Sin embargo, en edades posteriores, esta tendencia se revierte, siendo las niñas las más afectadas. Por último, es posible notar que hacia la edad de 15 a 19 años, el abuso en adolescentes disminuye drásticamente para los niños, mientras que para las niñas continúa en aumento. (31)

Las estadísticas señalan que alrededor de 1 de cada 10 niños que se encuentran en la primaria reportan haber sido víctimas de algún tipo de injuria relacionada a temas sexuales. En el caso de la secundaria, esta cifra aumenta a casi 20%. Las formas de

abuso más frecuentes son los tocamientos y/o besos incómodos, las propuestas indecentes, ser obligadas(os) a realizar tocamientos, intentos de violación, violación y amenazas por no querer tener relaciones sexuales. Los perpetradores que se mencionan con mayor frecuencia dentro del ámbito familiar son el (la) tío (a), seguido de los primos. En tercer lugar se encuentra el padre o padrastro y finalmente los abuelos y hermanos. (31)

8. Consecuencias del maltrato infantil

Las consecuencias que se han observado a nivel de las víctimas de Maltrato en la familia, son las siguientes

8.1. Ambivalencia emocional frente al agresor:

Dado que la agresión es recibida de parte de una figura afectiva fundamental para el niño y que como tal es la asignataria de las funciones básicas de protección y seguridad, los niños y adolescentes maltratados desarrollan tanto sentimientos negativos como positivos hacia ellos.

8.2. Trastornos de la conducta:

Habitualmente, el impacto emocional que produce la violencia en ellos genera expresiones conductuales diversas, que pueden ir desde un aumento de la actividad hasta conductas agresivas abiertas hacia sus padres o hacia otros adultos.

8.3. Trastornos emocionales:

El nivel de estrés al cual está expuesto un niño o adolescente que vive Maltrato, genera efectos en el funcionamiento y adaptación psicológica del niño a corto,

mediano y largo plazo, como manifestaciones de angustia, baja autoestima, inseguridad personal, etc.

8.4. Sentimientos de desconfianza e hipervigilancia:

Un efecto frecuentemente observado en los niños y adolescentes que han sufrido Maltrato en forma crónica, es el desarrollo de una actitud hipervigilante y de desconfianza hacia su entorno y principalmente hacia los adultos, quienes son percibidos como sujetos peligrosos y potenciales agresores.

8.5. Sentimientos de culpa y vergüenza:

El niño se atribuye a sí mismo la responsabilidad de las agresiones, sintiéndose “culpable por enojar a su apoderado” y, por lo tanto, “arrepentido de ser malo”.

8.6. Problemas escolares:

Se observa problemas de adaptación en su medio escolar, de distinta magnitud. Problemas de atención y concentración, desmotivación y sentimientos de ineficacia. Frecuentemente presenta bajo rendimiento, conflictos con profesores y compañeros, por lo cual es calificado como “niño problema”.

8.7. Secuelas físicas:

La exposición continua malos tratos físicos, genera alteraciones múltiples en el plano somático, las que van desde cicatrices diversas hasta lesiones de mayor gravedad.

8.8. Replicabilidad de las conductas agresivas:

Tal vez uno de los efectos más dramáticos de una situación de Maltrato Infantil, es el hecho de que aquel niño sujeto de las agresiones, posee una alta probabilidad de repetir esta misma conducta violenta, esta vez como agresor. (1,8,10,15)

9. Detección y Diagnóstico

En la práctica médica diaria la detección de maltrato requiere de la búsqueda activa de indicadores; sin embargo, no es frecuente que éstos sean requeridos como motivo de consulta. (2)

El diagnóstico se basa en la reunión de varias fuentes de datos, como la anamnesis, la observación de la interacción con los padres, los datos sociales, el examen físico y los exámenes complementarios oportunos. Además, es importante tener en cuenta una serie de factores de riesgo que suelen ser frecuentes en los casos confirmados de maltrato infantil. (16)

9.1. Anamnesis

La anamnesis es, sin duda, uno de los pilares más importantes para valorar el posible maltrato. Se deben obtener los antecedentes necesarios del niño, adolescente y de quienes lo cuidan. La entrevista con los padres se realizará en privado asegurando la confidencialidad, con calma, en un lenguaje comprensible y con objetividad, sin dirigir las respuestas ni juzgar.

En el caso concreto del abuso sexual se debe de establecer un clima de confianza con el niño para que pueda explicar lo ocurrido libremente, con actitud de escucha y procurando transcribir literalmente las palabras utilizadas por el abusado. (4,16)

9.2. Examen Físico

Es importante buscar, constatar o descartar la presencia de signos sugerentes de maltrato.

9.2.1. Indicadores de maltrato físico

Se pueden observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidad de la región; signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal con daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas.

Estas lesiones, que generalmente son múltiples, no están ubicadas en el rango de lo posible para un menor, por su localización, frecuencia e intensidad o que no corresponden a las explicaciones dadas por los padres o el niño.

En los casos de maltrato crónico, las lesiones descritas pueden coexistir con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales. (2,4,10,16)

9.2.2. Indicadores de abuso sexual

Ante toda laceración o daño en el área genital de un niño, niña y adolescentes, que no se explique claramente como accidental se debe sospechar de abuso sexual, al igual que cuando se presentan enfermedades de transmisión sexual.

Las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado, dificultad para

caminar, rastros de semen y, en etapas más tardías, prurito e infecciones frecuentes, y masturbación. Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física. (2,4,10,16)

9.2.3. Indicadores de abandono

Descuido en la alimentación, higiene y ropa, dermatitis de pañal crónica, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o bien, ausencia del control y de los cuidados médicos rutinarios.

Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado por la escasez de recursos y las dramáticas condiciones de vida. (2,4,10,16)

9.2.4. Indicadores de maltrato psicológico o emocional

Se debe realizar mediante la observación, de la conducta del menor y del adulto que lo acompaña, así como valorando la calidad de la relación entre ambos. Es frecuente observar en el niño conductas de temor y retraimiento, o bien, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o técnico que presta la atención.

Las explicaciones del adulto son generalmente vagas, minimizadoras y en abierta contradicción con los hallazgos. Puede observarse falta de interacción y contacto.

Otros indicadores psicológicos y conductuales observados son: bajo rendimiento escolar, inasistencia a clases o retardos frecuentes, hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización, o bien, se pueden identificar menores tímidos, poco comunicativos y de apariencia descuidada. (2,4,10,16)

9.3. Exámenes complementarios

La realización de exámenes complementarios nos permitirá descartar otras patologías que nos expliquen los hallazgos clínicos, establecer una prueba diagnóstica y prevenir patología posterior. (1,21) Los exámenes complementarios a realizar vendrán determinadas por la anamnesis y la exploración física. (1,21)

9.3.1. Laboratorio

Hemograma, recuento leucocitario, coagulación son necesarias para descartar la existencia de otras enfermedades. CPK y transaminasas, puede encontrarse en niños sometidos de una forma regular a magulladuras y lesiones musculares.

En caso de abuso sexual, cultivos de secreciones a nivel oral, genital y anal, para confirmarlo y para tratar cualquier infección que se haya producido.

Las serologías frente a VHB y VIH, sobre todo, deben hacerse para conocer la situación en el momento del abuso y para establecer la profilaxis cuando esté indicada. (1,21)

9.3.2. Pruebas de imagen

Radiografía simple ósea es obligada cuando hay sospecha de maltrato en niños menores de 2 años. Debe comprender todo el esqueleto.

La TAC para visualizar la presencia de hematoma subdural u otras lesiones intracraneales. Se usa inicialmente también en los casos de sospecha de niño sacudido. También la RNM nos puede ser útil para comprobar este dato en casos que tienen una evolución más larga. (1,21)

9.3.3. Otras pruebas

El fondo de ojo en los menores de 3 años con hemorragias retinianas en ausencia de otra patología es muy sugerente de maltrato. En ocasiones es posible establecer el momento en que ocurrió. Niveles de tóxicos y medicamentos, en aquellos niños con síntomas neurológicos inexplicados. (1,21)

10. Tratamiento

Se requiere de un tratamiento integral no sólo de la víctima sino también de su agresor y de la familia, para lo cual es necesario un equipo multidisciplinario que se encargue de esta problemática y aborde los aspectos biológicos, psicológicos y legales pertinentes, por lo que se necesita de la planeación y la coordinación de estos servicios y de personal profesional capacitado. (6)

El tratamiento de las lesiones va a depender lógicamente de su naturaleza. Algunas pueden requerir tratamiento quirúrgico, traumatológico o médico. La prevención puede hacerse en casos de abuso sexual frente a posibles infecciones. (21) Todo médico que sospecha de maltrato infantil tiene la obligación de denunciarlo a Protección de Menores y sistema judicial. (23)

En cuanto al aspecto Psicológico, terapia familiar está dirigida primero a reconocer el problema, establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar los patrones conductuales de los padres. (6)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1 Autor: Valencia Cáceres Shirley, Villegas Medina Marjorie

Título: Factores socioeconómicos y culturales que influyen en el maltrato de niños y adolescentes de 5 a 19 años atendidos en la DEMUNA de la municipalidad del distrito de Jacobo Hunter julio 2009 a mayo 2010 Arequipa

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas es enfermería, Facultad de Enfermería de la UCSM, 2011

Resultados: Niños y adolescentes entrevistados en la DEMUNA de la municipalidad del distrito de Hunter, 42% tiene entre 5 y 9 años, 58% entre 10 y 18 años, 64% son de género masculino, 36% de género femenino, 50% residen en zonas urbanas, 16% en zona periurbana y 34% residen en zona rural. De estos niños y adolescentes, 56% sólo estudian, 24% sólo trabajan y 20% estudian y trabajan. En relación al estado marital de los padres, 42% de los padres conviven, 26% están

separados, 18% son casados y 14% son padres solteros. Con respecto al ingreso económico familiar; 42% percibe un ingreso económico menor al mínimo vital, 38% el mínimo vital, 20% mayor al mínimo vital, con respecto al rendimiento académico; 48% tienen rendimiento regular, 40% rendimiento deficiente, 12% buen rendimiento. 40% de estos niños y adolescentes sufren maltrato físico, 50% de estos presentan lesiones graves como heridas, hematomas y quemaduras. Del universo 20% sufre maltrato psicológico, 100% de estos son manifestaciones verbales. 16% sufre tanto maltrato físico como psicológico y 16% sufren de abandono o negligencia, 75% abandono físico, 25% abandono emocional. En cuanto al agresor 58% fue el padre, 20% la madre, 8% hermanos mayores y otros en 14%.

3.2 Autor:

Título: “Influencia de la dinámica familiar en el maltrato infantil de los niños de la Institución educativa Cháves de la Rosa Arequipa 2009”

Fuente:

Resultados: El marco de referencia de las unidades de análisis estuvo constituido por 60 alumnos, de los cuales 56.67% fueron mujeres, 68.4% entre los de 5 y 6 años de edad, 71.7% cursan el primer y segundo grado. El 58.3% reporto algún tipo de maltrato, 25% indican un maltrato combinando la violencia física con la psicológica, 15% violencia sexual, 11.6% violencia física y 6.7% sólo psicológica. Con relación a la aceptación o rechazo del maltrato infantil, un 23.33% indican que aceptan el maltrato debido a que existe merecimiento para ello, 11.7% porque

hacen travesuras y se portan mal, 8.3% porque desobedecen a sus padres, 3.3% porque no estudian y mienten. La diferencia 76.7% no aceptan el maltrato por ningún motivo ya que consideran que se portan bien y obedecen.

El 53.33% indican que no reciben maltrato físico y 58.3% que no reciben ofensas.

Respecto de la violencia sexual la frecuencia con que esta se ha observado es de, una vez en el 44.5% de los casos y de dos veces en el 33.3% de los casos. y en 40% de los casos el acto fue perpetrado por el papá y en el 20% por el tío.

La información permite afirmar que existe diferencia significativa en la dinámica familiar de los niños con y sin maltrato. El 48.6% de los niños que relatan maltrato se ubican en familias con disfunción leve. El coeficiente de contingencia indica que existe una relación moderada entre la disfunción familiar y el maltrato infantil.

3.3 Autor: Chávez Cabrera Manuel

Título: “Problemas emocionales en niños con maltrato infantil en la división de medicina legal de Arequipa durante los meses de Enero y Febrero del 2001”

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana de la UCSM, 2001

Resultados: La muestra fue de 195 menores de los cuales 125 son niñas y 70 son niños con maltrato infantil. Los resultados encontrados indican que el principal problema emocional es la ansiedad con un 80.5%, de los cuales el sexo femenino está representado en un 88.8% en comparación con 45.7% del sexo masculino. Las niñas maltratadas son más susceptibles a sufrir ansiedad en comparación con los

niños, ya que estos tienen más facilidad de socialización y además existe una carga genética. Mientras la depresión se presentó en un 69.2% de los niños maltratados, observándose la prevalencia depresiva en niñas con 68.8%, en tanto que los niños maltratados presentan 70%, no habiendo diferencias significativas. Además se puede determinar que los principales tipos de maltrato que influyen en los problemas emocionales se encuentran al maltrato físico-emocional seguido del abuso sexual y la negligencia por abandono y la frecuencia con la que se presenta es diaria y semanal.

3.4 Autor: Colque Agramonte, Yessica; Gamarra Soto Rosario

Título: “Factores que influyen en el maltrato de niños y adolescentes de 6 a 18 años atendidos en la división médico legal Arequipa Setiembre-Diciembre 2000”

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas es enfermería, Facultad de Enfermería de la UCSM, 2001

Resultados: De un total de 150 niños y adolescentes que representan el 100% del Universo que fueron atendidos en la División Médico Legal de Arequipa se encontró que el 69% de menores maltratados son de sexo femenino, 54% proceden de zona periurbana, que un 25% trabaja, más del 10% consume alcohol y tabaco. 72% de menores no tienen una estructura familiar adecuada, siendo el 48% agredidos por personas unidas a ellos por vínculo no lineal directo y un 80% viven en hacinamiento y promiscuidad. El 37% de menores atendidos sufren maltrato psicológico, el 31% maltrato físico, el 22% abuso sexual y el 10% sufren negligencia y/o abandono.

Que los factores que influyen en el maltrato infantil son la edad, sexo femenino, el trabajo eventual del padre y madre, promiscuidad, hacinamiento y estructura familiar inadecuada.

A nivel nacional

3.5 Autor: Escalante-Romero Lorena, Huamaní Charles, Serpa Hilda

Título: Maltrato infantil y del adolescente registrado en un Hospital de referencia nacional, 2006 – 2011

Fuente: Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(1):28-34.

Resultados: Se incluyeron 1798 registros. El promedio de edad entre los agredidos era de $8,7 \pm 4,9$ años. En los adolescentes, el 26,4% eran de sexo masculino; en los demás grupos de edad, los varones representaban entre el 40 al 43% del grupo. El 63,9% eran niñas que tenían una edad promedio de $9,3 \pm 5,0$ años de edad, y el 39,9% fueron adolescentes, a diferencia de los niños que tenían una edad promedio de $7,7 \pm 4,6$ años.

Los agresores tenían en promedio $32,5 \pm 8,9$ años de edad, siendo el grupo de edad más frecuente el comprendido entre los 26 a 35 años con 38,2% del total; el 60,6% fueron de sexo masculino y el 73,6% tenían instrucción secundaria; 10,5% tenían instrucción superior o técnica y 4,6% eran analfabetos. El 47,1% de los agresores fueron la madre o el padre.

En el 41,1% de todos los casos, la agresión ocurrió por primera vez. El 65,8% de las agresiones tuvieron lugar en la casa del niño agredido.

En el 48,6% de los registros se identificó agresión sexual, seguida del abandono en el 33,2%, solo se registraron 6,8% de casos de agresión física. La agresión sexual fue más frecuente en niñas (73,2%) y en adolescentes (44,4%).

En el 9,6% de los registros de agresión sexual, se consignó que existió coito forzado; el 48,8% ocurrieron por primera vez.

El abandono fue más frecuente en el grupo de lactantes con un 30%, y realizado por la madre o el padre en el 69,0% de los casos.

3.6 Autor: Ministerio de la mujer y desarrollo social, MIMDES-CEM

Título: Maltrato y abuso sexual infantil en el Perú- un estudio del 2002-2007

Fuente: Casos de maltrato y abuso sexual atendidos en los CEM

Resultados: Desde enero del año 2002 a Marzo del 2007 se han atendido en los CEM 30,319 casos de niños, niñas y adolescentes afectados por la violencia familiar y sexual; quienes recibieron 224,728 atenciones especializadas. Las personas afectadas entre 12 y 17 años de edad representan casi el 51% de víctimas menores de 18 años que acudieron a los CEM entre los años 2002 a 2007. Los niños de 6 a 11 años constituyen casi el 35%, mientras que los infantes o niños menores de 5 años el 15%. Entre los menores de 12 años atendidos en los CEM el número de casos reportados es casi parejo entre niños y niñas. Así se aprecia para los niños menores de cinco años, 1 niña por cada niño reportado, y entre los niños de 6 a 11, de 3 niñas por cada 2 niños reportados. Por cada adolescente varón reportado en los CEM, se ha tenido 4 adolescentes de sexo femenino. Se tiene que

en más del 70% de los casos de violencia familiar a niñas, niños y adolescentes, la persona agresora resultó ser alguno de los progenitores, mientras que cerca del 6% de los casos el padrastro / madrastra. Asimismo, se tiene que cerca del 60% de los casos de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes, la persona agresora resultó ser alguna persona fuera del entorno familiar, en el 10% los progenitores, e igualmente en el 10% de los casos el padrastro / madrastra.

3.7 **Autor:** Fundación ANAR

Título: Estudio Descriptivo del Maltrato Infantil una experiencia desde el teléfono ANAR-2006

Fuente: Fundación ANAR, Marzo 2006

Resultados: Para este estudio se analizaron 894 casos de niños, niñas y adolescentes usuarios del teléfono ANAR, víctimas de algún tipo de maltrato infantil. El mayor porcentaje de casos de maltrato infantil corresponde al grupo de adolescentes (65.4%), en relación al género, las mujeres presentan un porcentaje más alto de casos que los hombres (58.6% y 41.4% respectivamente). En cuanto a la distribución del grupo etéreo según el nivel de urgencia del caso, en niños el 41% el nivel de urgencia es alto y en adolescentes es de 49%. Tanto en niñas y niños como en adolescentes el maltrato físico es el tipo de agresión más frecuente, siendo más alto el porcentaje registrado en los primeros (15.9% más que en adolescentes). Por el contrario, el abuso sexual es más frecuente en adolescentes que en niñas y niños, 33.5% y 20.4% respectivamente. Los problemas asociados más frecuentes en niñas y niños son las dificultades en las relaciones interpersonales (31.7% en total), el segundo problema asociado de mayor aparición en el maltrato físico alude a otros tipos de maltrato infantil

(23.3%), que pueden ser maltrato psicológico, abuso sexual y negligencia. En el abuso sexual destacan como segundo problema asociado los problemas psicológicos con 31.8%. En los casos de negligencia encontramos que los estados emocionales como tristeza, angustia, cólera, sentimiento de culpa y soledad son los problemas asociados más frecuentes (37.5%). Con respecto al agresor, el padre es el principal con 35.3% seguido por la madre con 25.2%. El maltrato físico es mayormente realizado por el padre (43.6%), mientras que la madre se constituye como la principal agresora en los casos de negligencia y maltrato psicológico (61.5% y 33.3% respectivamente). El principal agresor en los casos de abuso sexual se encuentra fuera del entorno familiar (desconocido = 17.5%).

A nivel internacional

3.8 Autor: Deborah Daro, Ph.D.

Título: Estadísticas Nacionales de Maltrato Infantil en Estados Unidos 2010

Fuente: Child Welfare Information Gateway

Resultados: Cada año 3,3 millones de reportes de abuso infantil se realizan en los Estados Unidos y tienen el peor récord de la nación industrializada - la pérdida de cinco niños cada día debido a las muertes relacionadas con el abuso. Un informe de abuso infantil se realiza cada 10 segundos, aproximadamente el 80% de los niños que mueren de abuso son menores de 4 años, más del 90% de los menores víctimas de abuso sexual conocen a su agresor de alguna manera, alrededor del 80% de los jóvenes de 21 años que fueron abusados de niños cumplieron los criterios para al menos de un trastorno psicológico. En cuanto al abuso infantil y comportamiento criminal 14% de todos los hombres y 36% de las mujeres en prisión sufrieron abusos cuando eran niños, Los niños que sufren de abuso infantil

y la negligencia son 59% más propensos a ser arrestados como menor de edad, un 28% más propensos a ser arrestados como un adulto, y un 30% más propensos a cometer crímenes violentos.

3.9 Autor: Base educativa y comunitaria de apoyo- Paraguay

Título: Estudio sobre el maltrato infantil en el ámbito familiar 2009

Fuente: Base educativa y comunitaria de apoyo- Paraguay

Resultados: El 61% de los niños, niñas y adolescentes encuestados reportaron haber recibido algún tipo de maltrato infantil, ya sea del padre, la madre o por ambos. El tipo de maltrato que más ocurre es la violencia física grave (35%), seguida por la violencia física leve (13%) y la psicológica, que tiene el mismo porcentaje (13%). Puede observarse una mayor prevalencia de la violencia física grave en el nivel socioeconómico bajo, así como comparativamente una mayor incidencia del castigo psicológico en los estratos medio y alto. El 52% de los niños, niñas y adolescentes empezó a ser víctima de maltrato físico antes de ingresar al primer grado escolar, principalmente entre los 3 y los 5 años de edad. Este dato coincide con otras investigaciones internacionales que sostienen que el maltrato físico es más común en niños, niñas y adolescentes más pequeños. Con respecto a los lugares del cuerpo golpeados, las piernas lo son con mayor frecuencia, seguidas de los brazos y las nalgas. La barriga, la espalda, las manos y el pecho, son otros sitios frecuentemente utilizados para el maltrato físico. Los niños, niñas y adolescentes reportaron en este estudio que el 54% de las madres y el 43% de los padres ejercen algún tipo de maltrato contra ellos. Tanto las madres como los padres ejercen mayormente la violencia física grave. En tanto las madres ejercen menos violencia psicológica que los padres.

3.10 Autor: Larraín S., Bascuñan C.

Título: Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. Análisis comparativo.

1994-2000-2006

Fuente: Rev Chil Pediatr 2008; 79 Supl (1): 64-79

Resultados: Entre el año 1994 y 2000 se observa una importante disminución de la violencia física grave y un aumento de la violencia psicológica.

Entre el año 2000 y 2006 aumenta la violencia psicológica y se mantienen los niveles de violencia física. Entre los años 1994 y 2000 se observan cambios significativos en la disminución de la violencia física grave en todos los niveles socioeconómicos. Entre el año 2000 y 2006 se observa un aumento de la violencia grave en el nivel medio y en el nivel alto, y una disminución importante en el nivel bajo. El número de hijos es estadísticamente significativo para los distintos tipos de maltrato, se ejerce más violencia cuando el número de hijos es mayor. La violencia física grave ocurre en el 22,5% de los hijos únicos y aumenta a 32% en el caso de cuatro o más hijos. Existe una relación entre la presencia de violencia entre los padres y la violencia que éstos ejercen hacia sus hijos. Más de la mitad de los niños que han visto muchas veces que sus padres se golpean, sufre violencia física grave al interior de su familia (51,6%). En general, las madres ejercen violencia hacia los hijos/as más frecuentemente que los padres, aunque estos últimos son menos proclives a discutir calmadamente. Un total de 794 niñas y niños declara haber recibido alguna vez castigo físico, de ellos, un 47,7% fue castigado por primera vez antes de los 6 años. La madre ejerce más violencia

psicológica y física grave hacia su hija. El padre, en cambio ejerce más violencia física leve y grave hacia su hijo, pero más violencia psicológica hacia su hija.

4. Objetivos.

4.1. General

Identificar las características médico legales del maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.

4.2. Específicos

- 1) Establecer la frecuencia de maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010.
- 2) Conocer las características de edad y sexo de los niños y adolescentes según la forma de maltrato infantil en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.
- 3) Describir los tipos más frecuentes de maltrato infantil en niños y adolescentes atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo 2006-2010.
- 4) Describir cuál es la relación o parentesco más frecuente entre el niño y adolescente maltratado y su agresor en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.
- 5) Describir el tipo de lesión más frecuente en niños y adolescentes maltratados atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo

2006-2010.

- 6) Describir la ubicación topográfica más frecuente en el maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.
- 7) Describir la severidad del maltrato infantil y del adolescente en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa durante el periodo 2006-2010.

5. Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: Esta investigación se realizará en el Instituto de Medicina Legal Leonidas Avendaño Ureta de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma histórica en el periodo 2006-2010.

2.3. Unidades de estudio: Pericias de evaluación de niños y adolescentes víctimas de maltrato atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa.

2.4. Población: Totalidad de pericias de evaluación de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil atendidos en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: no se considerará el cálculo de un tamaño de muestra ya que se espera estudiar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes menores de 18 años.
- De ambos sexos

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Registros incompletos

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la jefatura del Instituto de Medicina Legal División III Arequipa para lograr la autorización para la realización del estudio.

Se buscarán los registros de ingresos por violencia familiar (psicológico o lesiones, código VFL o VFP), lesiones por agresión física (código L) integridad sexual (código IS), estados de salud actual (código ES) en el sistema DICEMEL, según los grupos de edad menores a 18 años asignados por el sistema para verificar que cumplan los criterios de selección. Vaciarán las variables de interés en fichas de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) **Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) **Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) **Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Septiembre12				Octubre 12				Noviembre 12			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Septiembre 2012

Fecha probable de término: 15 de Noviembre 2012