

M. 56442

R. 5320

M

0656d

2007

c.1



Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



DIAGNOSTICO EXPLORATORIO DESCRIPTIVO:

“Una aproximación al fenómeno del maltrato infantil, desde la realidad de las familias atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso”.

Seminario de título para optar al grado de Licenciado en Servicio Social y Título de Asistente Social.

UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

Alumnas Seminaristas:

Gabriela Ordóñez Vega.

Linda Vidal Álvarez.

Mariela Zamora Jorquera.

Profesora Guía:

Sara Salum Alvarado.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNAS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 11 de diciembre del 2007.

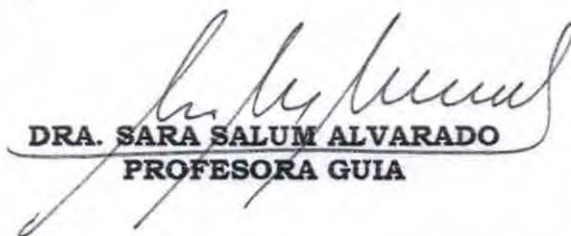
SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpla con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: ***“Diagnóstico exploratorio descriptivo. Una aproximación al fenómeno del maltrato infantil desde la realidad de las familias atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso”***, cursado durante el año académico 2007 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srtas. Gabriela Ordoñez Vega, Linda Vidal Álvarez, Mariela Zamora Jorquera, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

Este seminario de título aborda la problemática del maltrato infantil en su tipología más extrema, los casos de niños hospitalizados por orden judicial producto de este fenómeno, constituyéndose en un aporte al conocimiento de esta problemática para el trabajo social. El estudio de tipo investigativo de esta temática ha sido el más pertinente dada la dificultad de acceder a la familia de estos niños, ya que es en ella en donde se encuentra el agresor. Pese a esta dificultad se ha podido establecer una tipología de familia lo cual aparece como algo novedoso y de real valor a nivel de este estudio.

La bibliografía utilizada es pertinente y adecuada y el sistema de citas es adecuado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7.0** (siete punto cero).


DRA. SARA SALUM ALVARADO
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ALDO VALLE ACEVEDO
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: INFORMA EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
SEMINARIO DE TÍTULO ALUMNAS QUE SE INDICA.

VALPARAISO, 30 de noviembre del 2007.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumpla con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“DIAGNOSTICO EXPLORATIVO DESCRIPTIVO: UNA APROXIMACION AL FENOMENO DEL MALTRATO INFANTIL, DESDE LA REALIDAD DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS VANDERBUREN DE VALPARAÍSO”**, cursado durante el año académico 2007 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. GABRIELA ORDOÑES V., LINDA VIDAL A., MARIELA ZAMORA J., incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo Informe Final.

Para efectos de la calificación se ha evaluado.

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la Bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **6.5** (seis punto cinco).


MARTA BUSTOS DIAZ
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ALDO VALLE ACEVEDO
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Agradecimientos

"Encamíname en tu verdad , y enséñame , porque tú eres el Dios de mi salvación ; en tí he esperado todo el día" (Salmo 25,5).

No existen palabras que expresen el agradecimiento que le doy a mi Padre Celestial , a mi Dios Todopoderoso , por haber escuchado mi clamor , por haber iluminado mi camino , por entregarme sabiduría y darme fuerzas para superar esta etapa de mi vida.

"En momentos así levanto mi voz , levanto mi canto a Cristo... cuanto te amo Dios , cuanto te amo Dios".

Quiero darle las gracias a mi esposo amado , por su apoyo incondicional , por su fidelidad, por sus sabias palabras, por darme aliento en mis momentos de aflicción. Te amo Isaías Luna , eres una bendición en mi vida.

Hijo mío, mi tesoro hermoso, me diste la energía que necesitaba para proseguir mi camino , tu presencia ha motivado mis ganas de vivir y cumplir mi meta de ofrecerte un futuro lleno de oportunidades y de consentirte por todas las veces que un pasado no lo pude hacer. Mi compañerito fiel , eres un regalo de Dios, bebé Adolfo.

Pastora Gloria, mi guía espiritual, me supo escuchar y dar las palabras precisas en los momentos que más necesite, gracias por entregarme tanto cariño y amor , por cobijarme sin condiciones.

Gracias Pastor Pedro, con su alegría y bondad , me ha enseñado lo simple que es la vida cuando Dios esta en nuestros corazones.

Papitos queridos, los amo mucho , gracias por formar una mujer tan fuerte y perseverante , por entregarme apoyo y haber dado todo de sí para darme la oportunidad de formarme y de entregarme los valores cristianos que hoy son el pilar fundamental de mi vida.

Profesora Sara, con sus consejos y palabras aprendí que con esfuerzo y responsabilidad se puede sacar todo lo que uno se proponga, muchas gracias por el tiempo y la paciencia que tuvo con nosotras. Que Dios la bendiga grandemente e ilumine su vida y la llene de gozo.

Gaby, recuerda Dios esta contigo, no te sientas solo, él te dará fuerza en los momentos de aflicción, clama su nombre y te escuchará. Gracias por tu disposición y acogida en el hospital, tú fuiste fundamental para que este proyecto se concretará, que Dios te bendiga grandemente.

Amigas como olvidarme de ustedes, fueron días de esfuerzo, de largo trabajo, de convivencia, conversaciones, acuerdos, palabras de aliento. Gaby, Mariela, solo con la convicción firme y la fe en que existe un Dios que todo lo escucha y que es su camino el que nos salvará. Esta travesía ha tenido un buen término, con la ayuda de nuestro Señor Jesucristo. Las quiero mucho, chiquillas.

Gracias a todos los profesores que me apoyaron y que vieron en mí una mujer íntegra.

Gracias a Roxana, Jaquí, Paloma, por su buena disposición y su atención, por ser tan buenas personas conmigo. Dios las bendiga a ustedes y a sus familias.

Gracias a todos los que hicieron que el camino que recorrí fuera sin mayores dificultades...

Linda Vidal Alvarez

AGRADEZCO PRINCIPALMENTE A DIOS POR ILUMINAR MI CAMINO DURANTE TODO ESTE PROCESO QUE HOY LLEGA A SU FIN.

MIS AGRADECIMIENTOS SE DIRIGEN ADEMÁS A MI FAMILIA,

A MI PADRE QUE DESDE EL CIELO GUIA CADA UNO DE MIS DESAFIOS Y PASOS QUE DOY EN LA VIDA.

A FRITZ MI ESPOSO, POR SU CONSTANTE APOYO, GRACIAS POR DARME FORTALEZA...

TAMBIEN AGRADEZCO A MI MADRE, QUIEN SIEMPRE ESTUVO CONMIGO .

AGRADEZCO A MI BEBITO RAFAEL, POR SER MI PRINCIPAL MOTIVACIÓN.

PARA MI ES IMPORTANTE AGRADECER TAMBIEN A CADA UNO DE LOS DOCENTES QUE CONTRIBUYERON EN MI DESARROLLO COMO PROFESIONAL.

AGRADECER ADEMÁS A LOS PROFESIONALES QUE CONSTITUYEN LA COMISION DE MALTRATO INFANTIL DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, EN ESPECIAL A GABRIELA Y AL DR. LEPPE, POR SU BUENA DISPOSICIÓN Y ACOGIDA CON NOSOTRAS.

GABRIELA.



Esta Tesis la dedico a todos aquellos que hoy se encuentran transitando por el camino de una carrera profesional.

Trabajo social es una hermosa carrera, porque su motivación principal no es el mundo de las cosas, sino el mundo de las personas, y este mundo es el más interesante de descubrir. Esta lleno de defectos, virtudes y de grandes satisfacciones, una de las mas grandes que entrega esta profesión, es poder favorecer y cooperar en el surgimiento y desarrollo de aquellas personas y comunidades, que requieren de un impulso para mejorar sus condiciones de vida y superar la pobreza. Que como todos ya deben saber, no sólo involucra carencias materiales, sino afectivas, sociales y culturales.

Nuestra carrera constituye por tanto, la profesión que nos da la posibilidad de ser agentes de cambio en la realidad de las personas, aportando a partir de nuestras acciones al bienestar de estas.

Durante el transcurso del tiempo y en cada año de mi carrera, distintas personas, familiares y amigos, me han entregado su ayuda y animo. Cada una de ellas, forman parte de diversos fragmentos de mis recuerdos, tanto de etapas vividas, como de sueños. Todos aquellos que estuvieron en algún momento, y que ahora no se encuentran porque sus vidas tomaron otros rumbos, contribuyeron fundamentalmente en la comprensión de mí misma y del mundo que me rodea.

Nadie pasa inadvertido en la vida de otro ser humano, todos dejamos huellas en la vida de aquel con quien nos cruzamos, algunos más tenues y otros más indelebles, y son estos mágicos encuentros los que despiertan la chispa del alma y el interés por la vida.

Mi vida hasta hoy ha estado llena de alegrías, tengo un lindo hijo y gente que me ama. Creo en Dios y en las bendiciones que hasta hoy me ha entregado, no soy católica ni protestante, pues no necesito pertenecer a ningún credo religioso para creer en lo que siento y experimentar la compañía de Dios, la cual no se ve, no se compra ni se habita, sólo se siente cada día cuando te levantas en la mañana.

Que Dios exista no quiere decir que debemos dejarlo todo en sus manos, hay labores que nos corresponden. El Seminario de Titulo es una de esas grandes responsabilidades, que debemos llevar con compromiso, pero no con sufrimiento, pues así nada surge.

El inicio de esta experiencia, muchos la pueden enfrentar con entusiasmo y motivación, y a otros, puede atemorizar provocando angustias iniciales. Sea cual sea la actitud con que se enfrenta en un inicio este proceso, durante su desarrollo debe primar como conducta, la disciplina y especialmente la entrega.

El compromiso que se adquiere con esta gran tarea, muchas veces es de tiempo completo, las demandas que involucra, impulsan a dedicar horas a la investigación y otras varias a la reflexión. A veces, sin darnos cuenta ha transcurrido un día casi completo sin levantarnos del escritorio. Bueno, nada en la vida es sencillo y finalmente es en esta instancia, donde se demuestra, como dicen por ahí, "Que tienes dedos para el piano".

Para aquellos que han decidido vivir esta etapa de la carrera en grupo, les sugiero las siguientes recomendaciones. No olviden nunca que el trabajo en equipo es lo central y que los problemas y dificultades que puedan tener, son totalmente superables en el camino.

La discusión no es negativa y siempre entre las personas existen conflictos, éste es inherente a la condición humana y así debemos entenderlo, de éste se aprende y se obtienen conclusiones que fortalecen el trabajo grupal.

Jamás olviden que el trabajo en equipo es esencial y que construye realidades, la realidad de cada uno se entrelaza con la de otra persona, de esta forma impresionantemente se pueden construir ideas destacables.

Entrego un infinito agradecimiento al Programa Adopta un Hermano, sin duda constituyeron un espacio de práctica y un grupo de seres humanos, que influyeron profundamente en mi formación profesional. Gracias a ellos aprendí la importancia de la tolerancia, de la aceptación, y de la profunda convicción, que a través de pequeñas acciones podemos influir en el cambio de la sociedad.

Finalmente agradezco a las valiosas personas que hoy forman parte de mi vida y que me han entregado su incondicional apoyo y cariño. Para mis compañeras Gabriela y Linda, muchas gracias por el esfuerzo, y por las infaltables risas que hacían mas soportables los infinitos días de tesis, que acompañamos siempre con un cafecito y galletas durante los fríos días de invierno.

Siento que en especial debo agradecer a alguien que ya no se encuentra conmigo, y que entrego todo su esfuerzo, mientras estuvo vivo, para que este objetivo se concretara. Para ti papá que siempre me has cuidado desde la distancia.

A todos los que estuvieron ahí, apoyándome durante este camino.

Muchas gracias.
Con todo mi amor, a mi familia y amigos(as).

Mariella.

INDICE

	Pág.
I. INFORME INSTITUCIONAL	4
1. Presentación de la Institución	5
2. Síntesis Histórica	5
3. Misión Institucional	6
4. Lineamientos Generales de la Institución	7
4.1 Objetivo General	7
4.2 Política Social en las que se enmarca la Institución	7
5. Tipos de Beneficiarios	8
5.1 Beneficiarios Institucionales	8
5.2 Beneficiarios Convencionales	8
5.3 Organigrama hospital Carlos Van - Buren	9
6. Reforma Sanitaria	10
6.1 Estructura de la Reforma	10
6.2 Ámbitos de la Reforma	10
6.3 Pilares de la Reforma	12
6.3.1 Cuenta Pública y un Sistema de Derechos	12
6.3.2 Mejor Atención y Gestión de la Salud	13
6.3.3 Fondo Solidario	14
6.3.4 Integralidad del Sistema de Salud: Igualdad en la Cobertura	15
6.3.5 Regulación del Sistema de Salud (Isapres y Fonasa)	15
6.3.6 Mejores Condiciones del Personal de Salud	16
6.3.7 Participación Social: Construyendo Salud con la gente	16
7. Reglamento GES	16
7.1 Red Asistencial en Ges	18
7.2 Beneficiarios y Administradores del GES	19
7.3 Prestaciones GES	19
8. Departamento de Servicio Social	21
8.1 Contexto Histórico	21
8.2 Misión	22
8.3 Valores	22
8.4 Objetivos	22
8.5 Distribución por Servicios	22
8.6 Funciones del Equipo de Asistentes Sociales	24
8.7 Objetivos de Servicio Social en el área de Salud	25
8.8 Estrategias de Servicio Social en el área de Salud	26
8.9 Funciones de Servicio Social en el área de Salud	27
8.10 Actividades del Asistente Social en el área de Salud	27
8.10.1 Actividades Básicas	28
8.10.2 Actividades Complementarias	28
8.11 Demandas de los usuarios a la Unidad de Servicio Social	29
8.12 Servicio Social en los programas	29
9. Servicio Pediátrico del Hospital Carlos Van Buren	30
10. Fundamentos para la creación de la Comisión de Maltrato Infantil en el Hospital Carlos Van Buren	32
11. Comisión de Maltrato Infantil	34
12. Flujograma de Maltrato Infantil	36
II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	39
1. Contextualización de la Investigación	40
1.1 Introducción	40
1.2 Planteamiento del Problema	40
1.3 Delimitación de los Sujetos de Estudio	40
1.4 Fundamentación	40
2. Marco de Referencia	45
2.1 Políticas Públicas en la Infancia	46
2.2 Lineamientos Políticos del Maltrato Infantil en Chile	46
2.3 Consideraciones Legales en Políticas de Infancia	49
2.4 Programa Nacional de Prevención del Maltrato Infantil	51

2.4.1	El maltrato infantil como problema de salud publica	51
2.5	Maltrato Infantil	52
2.5.1	Reseña Histórica	52
2.5.2	Definición del Maltrato Infantil	55
2.5.3	Clasificación del Maltrato Infantil	57
2.5.4	Tipos de Maltrato Infantil	58
2.5.5	Indicadores del Maltrato Infantil	65
2.5.6	Consecuencias del Maltrato Infantil	68
2.5.7	Modelos Explicativos del Maltrato Infantil	74
2.5.8	Factores Protectores y Factores de Riesgo asociados al Maltrato Infantil	88
2.6	La Familia como Sistema Social	91
2.6.1	Tipos de Familia	96
2.6.2	Funciones de la Familia	97
2.6.3	Modelos de Crianza y Educación	100
2.6.4	Dinámica Familiar	101
2.6.5	Ciclo Vital	108
2.6.6	Problema Familiares	111
2.7	Conclusiones	114
3.	Supuestos de Investigación	114
4.	Objetivos de Investigación	115
4.1	Objetivos Generales	115
4.2	Objetivos Específicos	115
5.	Metodología de la Investigación	116
5.1	Esquema Metodológico	116
5.2	Enfoque de Investigación	117
5.3	Tipo de Investigación	117
5.4	Técnicas de Recolección de Datos	118
5.5	Unidad de Análisis	119
5.5.1	Universo	119
5.5.2	Muestra	120
6.	Plan de Análisis	122
7.	Operacionalización de las Variables	122
III.	DIAGNOSTICO	129
1.	Presentación	130
2.	Análisis del Universo	133
2.1	Universo de Casos	133
2.1.1	Procedencia Geográfica	134
2.1.2	Tipo de Familia a la que pertenece el niño	136
2.1.3	Estructura Familiar	137
2.1.4	Distribución por sexo del niño	138
2.1.5	Distribución por edad del niño	139
2.1.6	Tipo de Maltrato	141
2.1.7	Motivo de Atención	143
2.1.8	Quien ejerce el Maltrato	146
3.	Análisis e Interpretación de la Muestra de Estudio	147
3.1	Distribución de la Muestra según Tipo de Maltrato	149
4.	Análisis Cuantitativo de la Muestra de Estudio	151
4.1	Variable: Sociodemográfica	151
4.1.1	Antecedentes del Niño	152
4.1.2	Antecedentes del Grupo Familiar	162
4.2	Variable: Red Social de Apoyo	171
4.2.1	Redes Sociales con las que se vincula la Familia	172
5.	Análisis Cualitativo de la Muestra de Estudio	177
5.1	Variable: Características Familiares	177
5.1.1	Dinámica Familiar	178
5.1.2	Fronteras Familiares	189
5.1.3	Reconocimiento del Maltrato Infantil	194
5.1.4	Conflictos en la Familia	198
5.2	Variable: Maltrato Infantil	201
5.2.1	Procedimientos Médicos de atención al Maltrato Infantil	201
5.2.2	Maltrato Infantil Físico	204

5.2.3	Abuso Sexual Infantil	209
5.2.4	Negligencia	213
5.3	Variable: Factores Predisponentes del Maltrato Infantil	217
5.3.1	Factores de Riesgo asociados al Maltrato Infantil	219
6.	Síntesis Diagnóstica	226
IV. CONCLUSIONES: REFLEXIONES Y SUGERENCIAS		232
1.	Esquema de la Problemática	233
2.	Esquema de las Líneas de Acción	234
3.	Reflexiones y Sugerencias	234
4.	Protocolo de Acción de Maltrato Infantil	240
5.	Manual para la Aplicación del Protocolo de Maltrato Infantil	241
6.	Ficha de Registro Médico de Maltrato Infantil	246
7.	Instructivo de Ficha de Registro de Maltrato Infantil	247
8.	Protocolo de Acción de Maltrato infantil para Servicio Social	249
9.	Manual Protocolo de Acción de Maltrato Infantil para Servicio Social	250
V. CONCLUSIONES FINALES		252
1.	Conclusiones	253
BIBLIOGRAFIA		255
1.	Fuentes Primarias	256
2.	Fuentes Secundarias	256
3.	Leyes	260
4.	Tesis	261
5.	Foros	261
ANEXOS		262
1.	Sábana Manual para la Recolección de los Datos de Maltrato Infantil	263
2.	Valores para la Sábana Manual	266
3.	Entrevista Semiestructurada Familiar	267
4.	Entrevista Semiestructurada para Médicos unidad de pediatría	270
5.	Ficha Familiar	272
6.	Ficha Médico Social	274
7.	Análisis Cuantitativo Entrevista Familiar	276
8.	Análisis Cuantitativo Entrevista a Médicos de la Unidad de Pediatría	282
9.	Análisis Cuantitativo Ficha Familiar y Médico Social	284

Capitulo I
Informe Institucional

I. INFORME INSTITUCIONAL

1. Presentación de la Institución

- Nombre de la institución: Hospital Carlos Van Buren.
- Ubicación geográfica: calle Colon # 2454. Valparaíso.
- Tipo de institución: de carácter público, dependiente del Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA).
- Cobertura: entendida como toda la población asignada al hospital que corresponde a la atención del SSVSA, incluyendo las provincias de Valparaíso, San Antonio e Isla de Pascua. Además de aquellas personas provenientes de otras zonas de la V región y aquellos pacientes de la III, IV, VI regiones, que requieren de especialidades como: Neurología, Traumatología y Oncología.
- Radio de acción: toda la población perteneciente al SSVSA, más todas aquellas que provengan de servicios que no cuentan con las especialidades requeridas.

2. Síntesis Histórica

El 18 de noviembre de 1772, Fraile José Centeno funda el Hospital de la Caridad u Hospital San Juan de Dios, actualmente conocido como Carlos Van Buren. Siendo el cuarto hospital creado en Chile, se situó en el apartado sector del almendral, motivo que generó oposición. Por ello una real audiencia, equivalente a un Decreto Ley en la actualidad, ubicó al hospital en una residencia dejada por los Padres Jesuitas.

Los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios, estuvieron a cargo del establecimiento hasta 1822. En esta fecha se acordó que el hospital pasaría a manos seculares, debido a la situación de abandono en que se encontraba. La administración queda a cargo de Francisco Fernández hasta 1833; posteriormente asume Benito Fernández, integrante de la Junta de Salud Pública, quien encontró al hospital en estado deplorable, trayendo esto como consecuencia el traslado del establecimiento.

La ubicación del actual local, se efectúa aproximadamente entre 1833 y 1834, siendo Benito Fernández, quien edificó las primeras salas, las murallas el recinto, quien dicta los

primeros reglamentos y se preocupa de generar rentas al establecimiento.

En 1907, ingresa al servicio Don Carlos Van Buren en calidad de administrador, con el tiempo fue nombrado Director Honorario del Hospital y miembro vitalicio de la Junta de Beneficencia de Valparaíso. Se destacó por la motivación que le dio al hospital, llenando de vigor y entusiasmo al personal, siempre buscando lo mejor para la gente que se desenvolvía junto a él y para la comunidad que se atendía. Empezó muchas obras, en las cuales incluso invirtió su propio dinero, debido a su gran espíritu filantrópico. Entre éstas se encuentra la inauguración del Servicio de la piel y sífilis en el año 1918, la inauguración del servicio de Anatomía en patológica, del laboratorio clínico en 1919, y una instalación de rayos x en 1920; después de hacer una brillante obra social, Don Carlos Van Buren fallece el 25 de Abril de 1929.

En el año 1928 inicia sus funciones el departamento de Servicio Social Profesional, el primero en la provincia, a cargo de la asistente Social Sra. Diana Rodríguez.

A propuesta de la Junta Beneficiaria, el Ministro de Bienestar Social, por Decreto 974 del 24 de abril de 1929, dispuso que el hospital se denominara Hospital Carlos Van Buren.

En el año 1960, se construyó el edificio quirúrgico, y en los años 1980 y 1981 se construyó el edificio médico que empezó a utilizarse el 15 de enero de 1982. En 1985, se suman a este hospital, los servicios de maternidad, pediatría y especialidades del hospital Dr. Enrique Deformes.

En 1990, el Consultorio de especialidades reanuda sus actividades en nuevas dependencias, adosadas al edificio del hospital. En la actualidad el hospital cuenta con especialidades para dar atención en todos los servicios de medicina, a excepción del binomio madre- hijo.

3. Misión Institucional

El hospital Carlos Van Buren como Institución Pública, tiene como misión contribuir a la satisfacción de las necesidades de Salud de la población asignada, en especial las de mayor complejidad, otorgando prestaciones abiertas y cerradas de emergencia y programas.

Su accionar está fundamentado en la equidad, participación, descentralización y satisfacción del usuario, promoviendo la investigación del usuario, la investigación clínica y la docencia.

4. Lineamientos Generales de la Institución

4.1 Objetivo General

“Desarrollar acciones de salud orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la población asignada”.

4.2 Políticas Sociales en las que se enmarca la Institución

La Política Social en la que se encuentra enmarcado el funcionamiento del Hospital Carlos Van Buren, corresponde a la dictada por el Supremo Gobierno y contempla los siguientes lineamientos de acción:

a. El acceso como un derecho de todos los chilenos, que solo se hará efectivo en la medida que el estado asume la responsabilidad en:

- Garantizar el acceso de toda la población a los servicios de Salud que entregue atención equitativa, eficiente y eficaz.
- Formular y ejecutar programas de prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente.

b. Las acciones de salud deben ser guiadas por un adecuado diagnóstico de las necesidades de la población, tomando en cuenta, los cambios que se producen en la composición de los grupos de edad y enfermedades más frecuentes, considerando a los niños, adolescentes, ancianos y trabajadores.

c. Los servicios de Salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial, en cuanto a la estructura y organización del sistema se caracteriza por poseer:

- Fácil acceso y oportuna atención de la población en los centros de atención primaria.
- En el marco de una carrera funcionaria, estabilidad laboral y formación permanente.
- Coordinación con los servicios de Salud Públicos, como con los de carácter privado.

- Consolidación de los logros en salud, especialmente con relación a la mortalidad infantil y la atención de la madre embarazada.

5. Tipos de Beneficiarios

5.1 Beneficiarios Institucionales

Según la ley 18.469, existen cuatro categorías a los diferentes tipos de beneficiarios, de las prestaciones de Salud que otorga el Hospital como institución, clasificados por FONASA. Estas son:

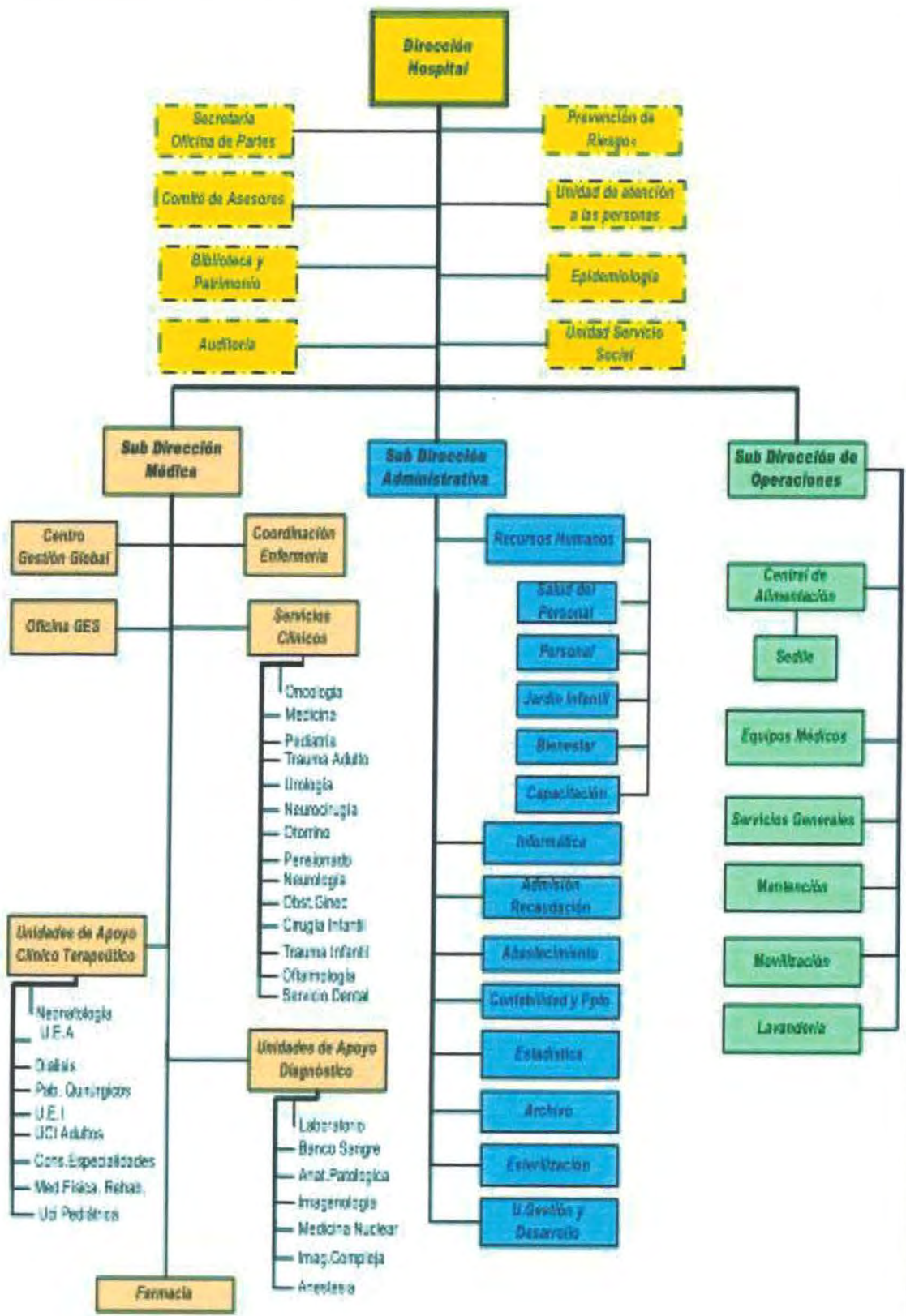
- Letra A: para personas indigentes, para aquellas que se encuentran recibiendo pensiones asistenciales y/o subsidios familiares y aquellas cesantes, los cuales obtienen atención gratuita en el Servicio Nacional de Salud (bonificación del 100%).
- Letra B: para aquellas personas que reciben un ingreso mensual imponible menor o igual a \$135.000, aplicables a los trabajadores mayores de 18 años y menores de 65. Este rango también posee gratuidad en el servicio nacional de salud (bonificación del 100%).
- Letra C: para aquellas personas cuyo ingreso mensual imponible es mayor a \$135.001 y menor o igual a \$ 197.500. Aplicables a todos los trabajadores mayores de 18 años y menores de 65 años. Si las cargas corresponden a tres o más se considerara beneficiario del grupo B. Este rango cancela el 10% de la atención (bonificación del 90%).
- Letra D: para aquellas personas cuyo ingreso mensual imponible es mayor o igual a \$ 197.501. Aplicables a todos los trabajadores mayores de 18 años y menores de 65 años. Si las cargas corresponden a tres o más se considerara beneficiario del grupo C. Este grupo cancela el 20% de la atención (bonificación del 80%).

5.2 Beneficiarios Convencionales

- DIPRECA
- Armada de Chile

- CAPREDENA
- FFCC
- Algunas ISAPRES

5.3 Organigrama Hospital Carlos Van – Buren



6. Reforma Sanitaria

En su discurso ante el Congreso Pleno, del 21 de mayo de 2002, el presidente Ricardo Lagos anunció una profunda reforma al sistema de salud chileno, con el objetivo de que la población tuviera mayor y mejor acceso a los tratamientos de enfermedades. Los Objetivos están dirigidos a reducir los tiempos de atención, ampliando la red de establecimientos de salud y eliminando los impedimentos económicos para que las personas puedan someterse a tratamientos médicos complejos. Este beneficio iba dirigido tanto a los usuarios del sistema público de salud (Fonasa) como a los afiliados al sistema privado, expresado en las ISAPRES.

Entre las justificaciones para esta reforma estaban el objetivo del Gobierno de terminar con las desigualdades sociales y el cambio del panorama epidemiológico chileno, hace cincuenta años las principales preocupaciones de los programas de salud eran males como la tuberculosis, el cólera y otras enfermedades infecciosas; hoy lo prioritario son las afecciones cardíacas, la obesidad, el cáncer y el SIDA, por lo que se hizo necesario alterar las políticas públicas respectivas.

6.1 Estructura de la Reforma

Tal reforma revestía gran complejidad desde el punto de vista económico y organizacional, por lo que fue abordado a través de cinco temas principales, tratados en varios proyectos de ley ingresados al Congreso Nacional en junio de 2002.

6.2 Ámbitos de la Reforma

Autoridad sanitaria:

Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los SEREMIS y los Servicios de Salud, crea los llamados "hospitales de autogestión en red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive) y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. Se convirtió en ley el 24 de febrero de 2004 (Ley N° 19.937).

Plan AUGE:

El objetivo del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas y de si están inscritas en Fonasa o en una ISAPRE.

El plan toma una serie de enfermedades o condiciones de salud como prioritarias para su aplicación, como varios tipos de cánceres, hipertensión arterial, cardiopatías congénitas, traumatismos con riesgo vital y atención del embarazo. Las garantías se expresan en que cada persona, de someterse a un tratamiento para alguno de los males contemplados en el plan, sepa cómo la atenderán, en qué plazos de tiempo y cuánto será el precio máximo a pagar por el tratamiento.

El plan AUGE se convirtió en ley el 3 de septiembre de 2004 (Ley N° 19.966). Y comenzó a regir el 1 de julio de 2005 con 25 patologías consideradas. Se espera que para el año 2007 dichas patologías hayan aumentado a 56.

Instituciones de Salud Previsional:

El objetivo es proteger al afiliado de una Isapre en diversos aspectos. Se permite que la familia de un cotizante siga recibiendo beneficios tras su muerte, se obliga a estas instituciones a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), se incluyen las patologías del plan AUGE en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes. Este proyecto se convirtió en ley el 17 de mayo de 2005 (Ley N° 20.015).

Derechos y deberes de las personas:

Se refiere a la legislación que norme sobre la relación entre prestadores de salud y las personas. Este proyecto aún está en discusión en el Congreso.

Financiamiento:

La implementación del plan AUGE tiene un costo de \$153.000 millones. Para su financiamiento se planea crear un fondo solidario con aportes de las ISAPRES, FONASA y el Estado, el cual se redistribuya a las mismas entidades de acuerdo a cuántas personas tenga cada una en riesgo o afectadas por patologías contempladas en el AUGE.

La puesta en marcha de la reforma sanitaria constituye un enorme desafío, tanto a nivel político como de la sociedad civil en general, su aplicación se encuentra orientada por siete pilares fundamentales, los que expresan un conjunto de derechos y principios que constituyen los ejes orientadores de la presente reforma sanitaria.

6.3 Pilares de la Reforma Sanitaria

6.3.1 Cuenta Pública y un Sistema de Derechos

- Protección social al servicio de la efectividad sanitaria con una obligación legal de cumplir garantías:
 - Los derechos en salud están en relación con las principales causas de discapacidad y muerte prematura (atención primaria, atención de urgencia, enfermedades del corazón, cánceres, embarazo y parto, enfermedades crónicas, salud mental, entre otras) Soluciones costo / efectivas.
 - Las personas van a conocer sus derechos y podrá exigirlos (inclusive ante tribunales de justicia).
 - Todo el sistema de salud (público y privado) estará obligado por ley a cumplir con los derechos de las personas.
 - Termina con la salud diferenciada por capacidad de pago y discriminación de riesgo.
 - Todos tendrán derecho al mismo plan básico de salud, con iguales condiciones de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.
 - Las Isapres no podrán rechazar ni poner condiciones para la expulsión de los Adultos mayores, ni a los que se enfermen.
 - Las Isapres no podrán cobrar más a las mujeres. Solidaridad de género.

- Garantía de acceso y oportunidad:
 - Toda persona que requiera alguna de las atenciones de salud cubiertas por el Plan o tenga alguno de los problemas de salud garantizados, va a ser atendida por el sistema de salud (público y privado).
 - Las personas conocerán los tiempos máximos para recibir una atención.
 - En caso de no cumplirse estas garantías pueden ser atendido en otra parte. El Fonasa y las Isapres deberán responder a esta exigencia de inmediato.

- Garantía de protección financiera:
 - Esta garantía es igual para los afiliados a Isapres y Fonasa.
 - La garantía incluye todo el tratamiento: procedimientos diagnósticos, cirugías (si corresponde), atención de especialista, medicamentos, procedimientos terapéuticos, entre otras.

- Garantía de calidad para mejores resultados:
 - Cada persona recibirá la mejor atención, según el conocimiento actual de la ciencia médica mundial.
 - Las atenciones incluidas en el plan se basan en protocolos clínicos fundamentados en este conocimiento y consensuado por los grupos de especialistas nacionales.
 - Todas las atenciones serán de comprobada efectividad para mejorar la enfermedad, y la calidad de vida y su seguridad.
 - Se utilizarán los equipos médicos, exámenes y procedimientos apropiados y definidos por el Ministerio de Salud y los mejores técnicos del país
 - De hecho se está construyendo un "seguro social en salud" con seguros y prestadores públicos y privados.

6.3.2 Mejor Atención y Gestión de la Salud

- Prevención: Pasar de cuidado de la enfermedad a cuidado de la salud. Coordinar con otras instituciones que inciden sobre salud.
- Comprar soluciones de costo efectivas. Evitar sobre utilización, fomentar libre elección sin desconocer ventajas de planes cerrados.
- Orientación de acuerdo a un nuevo perfil epidemiológico y demográfico:
 - La atención se adecua a los nuevos problemas de salud de las personas (cáncer, stress, depresión, accidentes, diabetes, hipertensión, etc.)
 - La relación viejos / jóvenes pasó de 12.9% en 1970 a 25% al 2000. El modelo de atención se centra en prevenir las enfermedades y reducir los factores que las pueden causar, estimulando comportamientos y condiciones ambientales saludables.
- Énfasis en la Estrategia de Atención Primaria a cargo de un Equipo de Salud Familiar:
 - Un equipo de salud conocido se hará cargo de las personas y su familia, buscando mantenerlos sanos.
 - Este equipo reforzado por especialistas básicos debe resolver la mayor parte de los problemas de salud cerca de la gente, sin tener que recurrir a los hospitales.
 - Aumento capacidad resolución y uso eficiente sistema de referencias y contrarreferencias.
 - Algún miembro de este equipo siempre estará a mano para resolver y

orientar a la familia, incluso por teléfono.

- Todos los médicos deberán iniciar su carrera profesional a nivel primario y formarán parte de la carrera funcionaria de todo el sistema público.
- Mejorar la gestión, fortaleciendo la descentralización, la coordinación en red y responsabilidad de los directivos. Aumento en costo atención x persona 6% al año en sector Público y 10,3% en sector Privado
- Superación de funciones
- Los hospitales tendrán mayor flexibilidad en el manejo de sus recursos para adaptarse a las demandas de la gente.
- El énfasis estará en la gestión clínica para favorecer las mejores prácticas y resultados en salud.
- El sistema debe responder integralmente a las personas, para lo cual se deberán desarrollar las relaciones y coordinaciones necesarias desde el sector primario – los hospitales- los centros más especializados, para referencias y contrarreferencias. Devolver niveles a primaria y resolver problemas de salud complejos OMS 168 de 190 países principal retraso. Desempeño = 33

6.3.3 Fondo Solidario

- El Fondo Solidario es un instrumento natural para canalizar el financiamiento del AUGE, y distribuir el riesgo. Sus bondades son:
 - Los costos se enfrentan de manera colectiva. Solidaridad entre: jóvenes y adultos de mayor edad, sanos y enfermos, ricos y pobres, hombres y mujeres.
 - Mayor equidad y eficiencia. Evita la discriminación en salud, incentiva la prevención y mejora la gestión.
 - Mayor satisfacción y seguridad para los ciudadanos.
- Institución del Fondo:
 - Es un Fondo único, financiado por parte de las cotizaciones de Fonasa e Isapres, aporte fiscal, aumento de tope, y cotización de independientes.
 - Impuestos y/o cotización.

➤ Qué financia:

- El listado garantizado distribuyendo por persona el financiamiento definido según el riesgo de enfermar de su grupo (sexo y edad al menos).
- Las personas debieran elegir su prestador. Reconociendo que se avanzará hacia una salud administrada.

6.3.4 Integralidad del Sistema de Salud: Igualdad de Cobertura.

➤ Un Sistema MIXTO:

- Privados: Seguro y prestador, contratos largo plazo, colectiviza riesgos, no discrimina invierte en cuidado salud
- Público: Política salud y metas – evaluación, provisión bienes públicos, regulación y eficiencia en seguros y prestador.
- Un Seguro Social Obligatorio en Salud con administradores públicos (Fonasa) y privados (Isapres). Portabilidad de los recursos.
- El Derecho y el Fondo Solidario son los elementos integradores del sistema de salud.(mecanismo para compartir riesgo)
- Complementariedad público y privado en la provisión de servicios.
- Superintendencia única de todo el sistema.

6.3.5 Regulación del Sistema de Salud (Isapres y Fonasa)

➤ Regulación para garantizar entrega y cumplimiento del AUGE.

- Protección de por vida sin discriminaciones.
- Cobertura definida (AUGE).
- Estructura de copagos prefijada (AUGE).
- Información estandarizada de beneficio.
- Afiliación abierta (no se podrá rechazar a las personas).

➤ Una Autoridad sanitaria con una Superintendencia con efectivas facultades para supervisar y controlar a las Isapres y el Fonasa

- Obligación de ofrecer el AUGE a un mismo precio a todos sus beneficiarios.
- Terminar con las exclusiones y discriminaciones a los Adultos Mayores, mujeres y personas con enfermedades preexistentes.
- Protección de la familia continuará si fallece el cotizante.

6.3.6 Mejores Condiciones del Personal de Salud

- Capacitación. Un personal de salud comprometido, con orientación al usuario y satisfacción labor
- Mayor flexibilidad en la administración y mayores remuneraciones para asegurar mayor productividad, calidad y trato.
- Dos estatutos administrativos: Ofrecer ingreso voluntario a un nuevo estatuto: salarios a cambio de pérdida de inmovilidad.

6.3.7 Participación Social: Construyendo Salud con la Gente

- Cuenta Pública. Un sistema descentralizado, que debe dar cuenta ante los ciudadanos de su gestión e impacto sanitario, origen y destino de los recursos, resultados alcanzados.
- Evaluación del desempeño a través de una tarjeta ciudadana inteligente, que induzca estímulos individuales y grupales.
- Instancias formales de participación: Consejo Nacional del AUGE, Consejo Regional de Salud Pública, Consejos de los Servicios de Salud de los hospitales, entre otras.
- Responsabilidad con la salud personal: Copagos crecientes por no cumplir deberes de auto cuidado y adhesión a tratamientos o exámenes de control.

7. Reglamento GES

Los desafíos sanitarios que hoy enfrentamos son distintos a los que existieron en la primera mitad del siglo XX, además el modelo institucional alcanza el límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población.

Al comienzo de este siglo, nos encontramos con un nuevo perfil de enfermedades, como consecuencia del envejecimiento de la población, de los cambios de hábito, las condiciones de trabajo y el desarrollo económico. En este contexto, la misión asumida por el gobierno, fue redefinir nuestros sistemas sanitarios, públicos y privados, orientándolos a satisfacer las prioridades de salud de la población chilena, de manera de cumplir los objetivos sanitarios que el país se ha fijado para el 2010.

Basado en esto, es que el día 22 de mayo de 2002, se envió a trámite legislativo

el proyecto de ley que creaba y regulaba un régimen de garantías explícitas en salud. Finalmente el día 3 de septiembre de 2004 se publicó en el diario oficial, la ley N° 19.966 que crea el régimen general de garantías en salud y dispone la obligatoriedad para el Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsual de asegurar un conjunto de garantías explícitas en Salud. Relativas a acceso, oportunidad, calidad, y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones requeridas para la atención de los problemas de salud prioritarios de la sociedad chilena.

Esta ley es una herramienta sanitaria de planificación, programación y priorización, que permite que todos los chilenos puedan acceder a derechos verdaderamente exigibles en salud, lo que generara el logro de los objetivos sanitario, entre los cuales se señalan:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento poblacional.
- Corregir las inequidades de salud
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

A partir del 1 de julio del año 2005 comenzó a regir en el país la ley N° 19.966 correspondiente al régimen de garantías explícitas en salud. Esta ley surgió a partir de la orientación de políticas públicas las que son orientadas a satisfacer las prioridades de salud de la población chilena, es decir, enfermedades comunes que pueden prevenirse o detectarse en etapas precoces y que tienen un gran costo económico, social, y afectivo para la población.

Además, se establece la creación de dos decretos: el Decreto Supremo N° 170, reglamento que señala normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud, vigente desde el 1 de julio 2005. Y el Decreto Supremo N° 228, correspondiente al segundo régimen de garantías explícitas en salud, en vigencia a partir del 1 de julio 2006.

El GES por tanto es la sigla que reemplaza al AUGE, que significa acceso universal con garantías explícitas en salud, un derecho establecido por la ley tanto para beneficiarios de FONASA como de Isapres. Es un sistema integral de salud que beneficia a todos los chilenos, contempla 40 enfermedades al año 2006 y 16 patologías más para el año 2007 que son las de mayor impacto en la salud y presupuesto familiar de la población.

Las cuatro Garantías Explícitas en Salud son:

- Garantía de acceso: Asegurar el otorgamiento de las prestaciones

a los beneficiarios según cada patología, para quienes tienen derecho.

- **Garantía de calidad:** Las prestaciones de salud, deben ser otorgadas por prestadoras registradas y acreditadas (red pública en salud). Que actividades y prestaciones deben ser realizadas para cada patología y en que establecimiento.
- **Garantía de oportunidad:** Esta es la más importante ya que asegura tiempo máximo (plazos) para la entrega de las prestaciones garantizadas, son distintas según cada patología.
- **Protección financiera:** Ser GES, no es sinónimo de gratuita, por lo tanto se refiere a la contribución (copago) que debe efectuar el afiliado por prestación y corresponderá a su letra FONASA, exceptuando algunas prestaciones de mayor costo que están 100% cubiertas por el programa, por ejemplo: Diálisis, Quimioterapia, Radioterapia, entre otras.

En cuanto al sistema de registro y administración utilizado por el sistema de atención de salud para la aplicación del sistema GES, se señalan, el "sistema Informático para monitoreo de Gestión de Garantías Explícitas en Salud" (SIGGES), en este sistema se ingresa a cada uno de los pacientes, se les crea una cartola, que es como una hoja de vida, y se registra cada prestación y/o atención que se le otorga. Por su parte el IPD corresponde al "Informe Proceso Diagnóstico", que es el formulario que confirma o descarta un problema de salud GES en un paciente.

7.1 Red Asistencial en GES

La red constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden vincularse.

La red asistencial en salud, se define como conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso salud-enfermedad, que actúan en un territorio de un servicio de salud.

Es importante mencionar que la atención de salud y las prestaciones otorgadas, se realizan en los diferentes niveles de atención, los cuales son:

- **Nivel Primario:** Corresponden a las prestaciones entregadas en los consultorios, centros comunitarios (CECOF) o postas rurales, donde se realizan principalmente acciones de fomento y protección de la población.
- **Nivel Secundario:** Es el nivel de especialidades médicas, funciona en los consultorios adosados de los hospitales, en estos establecimientos se dirige a

los pacientes desde los consultorios de APS con interconsultas, para confirmar o descartar alguna patología GE, se realizan controles de pacientes que estuvieron hospitalizados, se controlan pacientes complejos y se hacen algunos procedimientos y exámenes.

- Nivel Terciario: Se refiere a la atención que se realiza en un centro hospitalario: hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, etc.

7.2 Beneficiarios y Administradores del GES

Todos los cotizantes e indigentes, chilenos y extranjeros residentes en el territorio nacional, son beneficiarios de la Ley AUGE y tienen derecho a sus garantías, independiente de la calidad previsional, edad, género, ingreso, etnia u orientación sexual. Su administración, por parte de FONASA y la ISAPRE, es obligatoria según las condiciones establecidas por la ley.

7.3 Prestaciones GES

Con respecto a las patologías cubiertas por sistema de garantías explícitas en salud, se contemplan las siguientes:

Prestaciones GES para Niños y Jóvenes	
Enfermedad	Población beneficiaria
Retinopatía del prematuro	Prematuros de menos de 1.500 grs. o menos de 32 semanas de gestación al nacer
Displasia bronco pulmonar del prematuro	Prematuros de menos de 1.500 grs. o menos de 32 semanas de gestación al nacer
Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	Prematuros de menos de 1.500 grs. o menos de 32 semanas de gestación al nacer
Fisura labiopalatina	Recién nacidos
Disrafias espinales	Recién nacidos
Epilepsia no refractaria	Desde 1 año y hasta menor de 15 años
Infección respiratoria aguda baja, de manejo ambulatorio	Menores de 5 años
Salud oral integral	Niños o niñas de 6 años
Estrabismo	Menores de 9 años
Cáncer, leucemias, linfomas y tumores	Menores de 15 años
Asma bronquial moderada y severa	Menores de 15 años
Cardiopatías congénitas operables	Menores de 15 años
Escoliosis, tratamiento quirúrgico	Menores de 25 años
Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	Menores de 20 años

Fuente: Ministerio de Salud.2007

Para beneficiarios de 15 años o más	
Enfermedad	Población Beneficiaria
Cáncer de mama	de 15 años o más
Cáncer de testículo	de 15 años o más
Linfomas	de 15 años o más
Hipertensión arterial primaria o esencial	de 15 años o más
Trastornos de generación del impulso cardíaco y conducción que requieran marcapaso	de 15 años o más
Cáncer de próstata	de 15 años o más
Depresión	de 15 años o más
Accidente cerebrovascular isquémico	de 15 años o más
Artritis reumatoide	de 15 años o más
Leucemia en personas de 15 años y más	de 15 años o más
Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más	de 15 años o más

Fuente: Ministerio de Salud.2007

Para Adultos Mayores	
Enfermedad	Población Beneficiaria
Artrosis de cadera con limitación funcional severa que requiere endoprótesis total	de 65 años o más
Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio	de 65 años o más
Vicios de refracción	de 65 años o más
Ortesis o ayudas técnicas	de 65 años o más
Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono	de 65 años o más
Salud oral integral del adulto de 60 años	de 60 años.

Fuente: Ministerio de Salud.2007

Para todas las edades	
Enfermedad.	Población Beneficiaria.
Insuficiencia renal crónica terminal	Todas las edades
Cáncer cervicouterino	Todas las edades
Alivio del dolor por cáncer avanzado, y cuidados paliativos	Todas las edades
Infarto agudo al corazón	Todas las edades
Diabetes mellitus tipo 1	Todas las edades
Diabetes mellitus tipo 2	Todas las edades
Cataratas que requieren tratamiento quirúrgico	Todas las edades
Esquizofrenia en primer episodio	Todas las edades
Virus del SIDA	Todas las edades
Cáncer gástrico	Todas las edades
Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Todas las edades
Hemofilia	Todas las edades
Retinopatía diabética –pacientes diabéticos-	Todas las edades
Gran Quemado	Todas las edades
Fibrosis quística	Todas las edades
Trauma Ocular Grave	Todas las edades
Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave	Todas las edades
Politraumatizado grave	Todas las edades
Urgencia odontológica ambulatoria	Todas las edades
Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Todas las edades
Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	Todas las edades

Fuente: Ministerio de Salud.2007

8. Departamento de Servicio Social

8.1 Contexto Histórico

Trabajo Social ha estado presente en el Hospital "Carlos Van Buren" desde el 1° de octubre de 1928. Su función desde un comienzo estuvo ligada a implementar y cumplir normativas ministeriales de atención social y entrega de beneficios sociales.

Actualmente constituye la unidad de apoyo administrativo, clínico y de gestión hospitalaria en el ámbito de la resolución de problemas y conflictos de los beneficiarios del sistema público de salud. Es el nexo entre la demanda de los usuarios y los recursos disponibles en la red de salud, social y comunitaria. Es el complemento y colaborador en la

atención brindada por los servicios clínicos y en Programas Ministeriales.

8.2 Misión

"Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, de los beneficiarios del sistema de salud en atención abierta y cerrada"

8.3 Valores

Equidad, dignidad, y vocación de servicio.

8.4 Objetivos

- Contribuir al diagnóstico integral de los beneficiarios de salud, incorporando elementos sociales y culturales
- Contribuir al fortalecimiento de la participación ciudadana para mejorar la gestión en la resolución de los problemas de salud de los usuarios.
- Coordinar los distintos modos de la red social y comunitaria para complementar la gestión hospitalaria en la resolución de los problemas de salud de los beneficiarios
- Coordinar los distintos modos de la red de salud para facilitar la utilización eficiente de los recursos institucionales.
- Facilitar el acceso de los beneficiarios a las prestaciones de salud a través del conocimiento concientización de sus derechos y deberes.
- Coordinar con equipos de salud acciones tendientes a optimizar la atención_y tratamiento al, beneficiario.

8.5 Distribución por Servicios:

- Asistente Social Sra. Dolly Staig:
 - Coordinador Unidad
 - Oftalmología
 - Medicina Física y Rehabilitación
 - Neurología
 - CAE Poli de Dolor y Cuidados Paliat

- Asistente Social Srta. Gabriela Vilches:
 - Cirugía Infantil
 - Lactancia
 - Maltrato Infantil
 - Infeccioso (Espic)
 - U.E.I (Unidad de Emergencia Infantil)
 - Neurología Adulto

- Asistente Social Sra. Alicia Soto:
 - UCI Pediátrica
 - Segunda Infancia de 2 a 14 años
 - Oncología Infantil
 - Poli Gastrointestinal niños
 - Poli de Endocrinología (Adulto)
 - Poli Nefrología (Adulto)

- Asistente Social Srta. Lidia Parra:
 - Oncología Adulto
 - CAE Poli Inmunología
 - Consejo de Desarrollo
 - Programa Integral de Atención al Paciente Oncológico

- Asistente Social Sra. Erika Cancino:
 - TMT Adultos
 - Neurocirugía
 - Colocación Pascuense

- Asistente Social Sra. Nérida González:
 - Obstetricia y Ginecología
 - Neonatología
 - Urología
 - CAE Nutrición Infantil
 - Colocaciones Embarazadas, puerperio y ginecológico

- Asistente Social Sra. Cecilia Campusano:
 - ORL
 - Depto. Audición y lenguaje (Coordinación)
 - TMT Infantil

- Asistente Social Sra. Susana Montenegro:
 - Colocaciones
 - Medicina
 - Coordinaciones

8.6 Funciones del equipo de Asistentes Sociales

Función Asistencialista:

- Atender integralmente al beneficiario de salud y su grupo familiar en riesgo biopsicosocial, para la solución de sus problemáticas de salud.
- Procurar protección social a los beneficiarios en situación de abandono, a través de las colocaciones extrahospitalarias y casas de acogida de la red social.
- Evaluar, sensibilizar y motivar el buen uso de los elementos y ayudas técnicas entregados a los beneficiarios
- Adoptar medidas para apoyar la satisfacción de las necesidades
- Evaluar y coordinar acciones para facilitar el desplazamiento de los beneficiarios en la red de salud, mediante tramitación de pago de pasajes.
- Investigar, evaluar y coordinar acciones tendientes a resolver la situación de fallecidos NN, indigentes y / o en situación de abandono.
- Evaluar y tramitar la incorporación a tratamientos especializados para los beneficiarios.

Función Investigadora:

- Investigar antecedentes económicos, sociales, culturales, y ambientales que inciden en las distintas problemáticas de salud de los beneficiarios.
- Investigar la realidad socioeconómica de aquellos usuarios referidos de la Dirección del Hospital, que declaran imposibilidad de cancelar copagos de las prestaciones medicas recibidas
- Evaluar situación provisional de los usuarios para determinar derecho a beneficios de la seguridad social.

Función Intervención / educación

- Entregar técnicas de autocuidado al beneficiario_y a su familia tendiente a lograr una mejor calidad de vida.
- Explicar y clarificar al usuario y a su familia diagnósticos y tratamientos

entregados por el equipo de salud a fin de procurar la aceptación de su condición y adherencia a controles y tratamientos.

- Participara con equipo de salud en el proceso de rehabilitación y recuperación del paciente a nivel caso/familia, grupal o comunitario.
- Intervenir con enfoque de terapia familiar en el sistema caso/familia.
- Participar e intervenir en casos de niños, adolescentes y adultos en situación de riesgo social y/o autocuidado.
- Incentivar el trabajo conjunto entre el equipo de salud y los organismos comunitarios a través del consejo de desarrollo y el consejo consultivo.
- Contribuir al fortalecimiento del modelo de gestión y procesos de planificación estratégica del Hospital, incorporando la visión social.
- Contribuir con la elaboración de programas de capacitación en temáticas específicas en conjunto con el equipo de salud.
- Integrar, apoyar y participar en programas y proyectos determinados por MINSAL.

Función coordinadora

- Conocer y manejar competencias de la red social, comunitaria y de salud, para contribuir a la satisfacción de necesidades de los beneficiarios.
- Propiciar y facilitar la interacción entre los integrantes del equipo de salud, para satisfacer las necesidades de los beneficiarios.

Función Administrativa

- Elaboración de informes sociales y documentos técnicos propios de la profesión.
- Planificación y elaboración de material educativo para nivel de caso/familia, grupo y/o comunidad.
- Participación en reuniones técnicas, clínicas y administrativas.

8.7 Objetivos de Servicio Social en el área de Salud:

El propósito del Trabajo Social en Salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de potencialidades de individuos, familias, grupo y comunidades para que éstos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de salud. Y para cumplir con este propósito, se han establecido los siguientes objetivos generales:

- Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales, especialmente la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud.
- Contribuir a la conformación y fortalecimiento de organizaciones y

redes sociales de apoyo para la promoción de salud.

- Promover en conjunto con el equipo una eficiente utilización de los recursos existentes a nivel público, privado y solidario, contribuyendo a su articulación.
- Colaborar con el equipo de salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento y evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.
- Aplicar con los equipos los enfoques psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de los problemas específicos de salud.
- Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de su actividad.
- Estimular la coordinación interniveles o interservicios para la atención de salud, en la perspectiva de facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.
- Contribuir a la integración de la medicina tradicional a la medicina científica, a través de la aplicación de metodologías que permitan recoger el conocimiento y la experiencia tradicional, y su articulación con el conocimiento científico.
- Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social con relación a problemas relevantes de salud.
- Integrar el aporte específico del asistente social en los diferentes programas, subprogramas y proyectos específicos que se implementan en los diferentes niveles y tipos de establecimiento

8.8 Estrategias de Servicio Social en el área de Salud

Trabajo Social desarrolla una serie de estrategias en los distintos niveles de atención de salud, los cuales son:

- Contribución a la incorporación de la dimensión social en la práctica del equipo de salud.
- Colaboración en la realización de diagnósticos participativos, en conjunto con los actores involucrados en situación de salud.
- Contribución al desarrollo de una programación de acciones que responda a necesidades locales.
- Análisis de los factores de riesgo social que condiciona la situación de salud.
- Aplicación de metodologías y técnicas de educación social, y trabajo comunitario.
- Utilización del enfoque familiar en el tratamiento de problemas emergentes y de mayor complejidad en salud, como por ejemplo maltrato y violencia familiar, SIDA, Cáncer, entre otros.
- Desarrollo de mecanismos de coordinación entre los

- establecimientos de salud (hospitales, consultorios, postas) y la comunidad.
- Promoción de la participación social y del trabajo intersectorial en salud.
 - Implementación de intervenciones sociales en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario que modifiquen riesgos sociales susceptibles de abordar, vía asistencia, apoyo terapéutico, educación, organización socio-laboral.
 - Implementación de intervenciones específicas de apoyo psicosocial a familias con problemas de salud de mayor impacto biopsicosocial.
 - Contribuir a la configuración de redes sociales y desarrollo de actividades de apoyo social a personas con enfermedades crónicas y hospitalizaciones prolongadas.
 - Mantención de sistemas de coordinación intersectorial con instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales

8.9 Funciones de Servicio Social en el área de Salud:

Las funciones del profesional de Servicio Social se describen en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud del año 1980, éstos se enmarcan en la colaboración con el campo de la especialidad, las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, y la rehabilitación de personas enfermas, como también en las actividades del bienestar del personal. Por tanto, las actividades serán las siguientes:

- Obtener antecedentes para contribuir a la capacitación e identificación de la población con más alto riesgo de salud.
- Asesorar a la sección de orientación médica y estadística la calificación de la indigencia y al Director del establecimiento respecto de las rebajas de aranceles en conformidad con las normas que imparte el Ministerio de Salud.
- Colaborar en las actividades de educación en salud.
- Contribuir a la orientación de las organizaciones y sectores de la comunidad para obtener su concurso en las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y la rehabilitación de enfermos.
- Prestar su asesoría y colaboración técnica en las actividades relativas al bienestar de los funcionarios del servicio.

8.10 Actividades del Asistente Social en el área de Salud:

Los métodos de intervención del Asistente Social se implementan a través de actividades básicas y complementarias. Estas son desarrolladas a través de los programas, subprogramas y proyectos específicos de salud.

8.10.1 Actividades básicas:

- **Consulta de Orientación Social:** se refiere a la demanda espontánea a Servicio Social. Se limita a la entrega de información acerca del motivo de consulta, derivación y referencia
- **Consulta Social:** es la atención que se realiza a personas y/o familias, con fines investigación, fomento, protección y recuperación de la salud.
- **Consulta Social especializada:** es la atención que se realiza a personas y/o familias con problemas de salud de compleja resolución y que requieren de tratamiento social especializado.
- **Visita Domiciliaria:** es la atención integral en el hogar del individuo o familia con el objetivo de conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Coordinación:** es la relación del Asistente Social con representantes de instituciones públicas, privadas, ONG, organizaciones de la comunidad y actores sociales, con el objeto de movilizar recursos, establecer canales de comunicación, contribuir a generar redes de apoyo permanente y realizar acciones conjuntas con relación a necesidades de salud de la comunidad y a los proyectos específicos de salud
- **Educación de Grupo:** es el proceso educativo de interacción grupal orientado a lograr cambios de conducta e influir en estilos de vida que protejan la salud de las personas
- **Trabajo Comunitario:** es un proceso de interacción entre miembros del equipo de salud y la comunidad que se realiza a través de acciones específicas, con el propósito de estimular la participación comunitaria, en la identificación de los problemas de salud, la priorización de éstos y búsqueda conjunta de acciones

8.10.2 Actividades Complementarias:

- **Supervisión y Asesoría:** el Asistente Social deberá asesorar al personal de dependencia técnica específicamente en el procedimiento de la calificación de la indigencia
- **Administración:** corresponde al conjunto de actividades administrativas tales como informes sociales, preparación de material educativo y otros documentos técnicos propios del ejercicio profesional
- **Docencia en Servicio:** proceso a través del cual los funcionarios de salud (auxiliares, profesionales, administrativos) son capacitados por Asistente Social, en materias de su competencia y que constituyan prioridad o necesidad institucional
- **Reuniones Técnicas:** proceso a través del cual interactúa el Asistente Social junto al equipo de salud con el objeto de promover el intercambio de

conocimientos, experiencias y sobretodo aspectos técnicos, administrativos y laborales

8.11 Demandas de los Usuarios a la Unidad de Servicio Social:

La mayoría de las demandas realizadas por los usuarios del hospital tienen relación con los siguientes temas:

- Situación de Riesgo Social como: VIF, maltrato, abandono, indigencia, fallecimientos, entre otros.
- Coordinación con Redes Sociales. Comunitarias y de Salud para la obtención de financiamiento para medicamentos/ fármacos fuera del arsenal farmacológico del hospital, prótesis, etc.
- Requerimientos de Oxigenoterapia Domiciliaria para niños y adultos.
- Obtención de satisfacción de necesidades básicas (coordinación voluntariado).
- Obtención Ayudas Técnicas.
- Evaluación situación socioeconómica para solicitud de condonaciones.
- Financiamiento de pasajes en caso de derivación a otros hospitales de red (Santiago).
- Asesorías: Previsional, laboral, educacional, jurídico/social, resolución de conflictos.
- Participación Social, nivel de grupo y comunitario (Consejo de Desarrollo).

8.12 Servicio Social en los programas:

El equipo de Asistentes sociales del Hospital Carlos Van Buren está conformado por ocho profesionales, las profesionales se encuentran distribuidas en los diferentes servicios clínicos, otorgando atención tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizado, lo que implica la realización de turnos para la atención de pacientes y/o familiares y visitas a la sala de hospitalizados.

El equipo de profesionales se encarga de trabajar un conjunto de programas, propios de la intervención de trabajo social, entre los que se cuentan:

- Programa Adulto Mayo, se coordina la entrega de audífonos y ayudas técnicas: bastones, sillas de ruedas, colchones antiescaras y andadores.
- Programa de mejoramiento en el departamento de audición y lenguaje.
- Programa de prótesis parcial de cadera del adulto mayor.

- Programa de oxígeno domiciliario del MINSAL (menores)
- Programa del recién nacido prematuro.
- Programa oxígeno domiciliario para adultos: patologías respiratorias y pacientes oncológicos terminales.
- Programa antitabaco: Clínica de cesación del hábito de fumar tabaco.
- Programa diálisis
- Programa de ayudas técnicas: Medicina Física y Rehabilitación.
- Programa de alivio del dolor y cuidados paliativos.

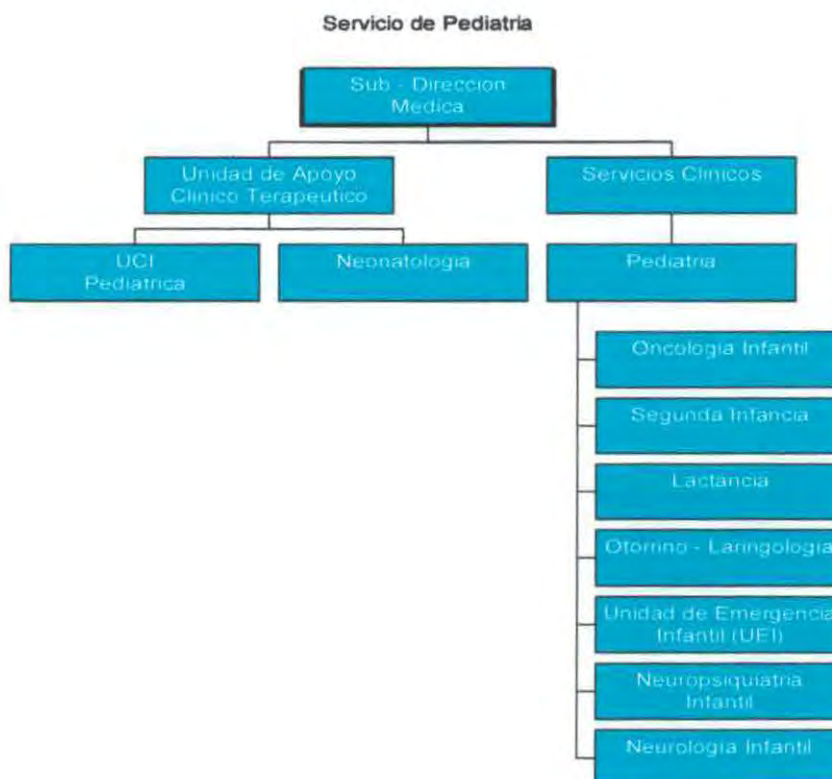
9. Servicio Pediátrico Hospital Carlos Van Buren

El Servicio Pediátrico del Hospital Carlos Van Buren, corresponde a una unidad de atención del centro de responsabilidad de atención pediátrica (CRAP), este centro concentra determinadas especialidades, entre las que se cuentan: traumatología infantil, oftalmología, neurocirugía infantil, cirugía infantil, enfermedades infecciosas (ESPIC) y pediatría, esta última por su parte agrupa otras especialidades, correspondientes a la sub-unidad del centro de responsabilidad de atención pediátrica, entre las que se encuentran: neurología infantil, neuropsiquiatría infantil, oncología infantil, unidad segunda infancia, unidad lactancia, otorrino-laringología y la unidad de emergencia infantil.

El centro de responsabilidad de atención pediátrica se encuentra a cargo del doctor Guillermo Pardo y a su vez cada especialidad posee un jefe de unidad, al cual le corresponde la responsabilidad de conducir y organizar las acciones del personal en los distintos turnos, indicando las funciones correspondientes según el estatus técnico y profesional.

Cada unidad se desenvuelve independientemente de las restantes, con roles y funciones distintas de acuerdo a los requerimientos específicos de cada una. El trabajo segmentado de estas, dificulta lograr una visión integral de la labor pediátrica, apuntando en consecuencia sólo al reconocimiento de sus funciones particulares y escasamente a las proyecciones y expectativas del trabajo pediátrico en su conjunto y el objetivo común que las congrega como servicio.

A continuación se presenta un esquema aclaratorio de la división y conformación del centro de responsabilidad de atención pediátrica



La especialidad pediátrica corresponde a una rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades infantiles, tal como se señala en el esquema anterior, pediatría se encuentra compuesta de siete unidades que funcionan de manera independiente, y de las cuales se señalará a continuación una breve descripción de las patologías que atiende.

- **Neurología infantil:** Esta se ocupa de los trastornos del sistema nervioso y de las eventuales dificultades presentes en la psicomotricidad de niños y niñas que manifiestan dicha alteración. Se encuentra compuesta por: Neurólogos, Psiquiatras, Psicólogos, Asistente Social y dos becados.
- **Oncología infantil:** Esta se ocupa del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos presentes en niños y niñas, con especial atención en los cancerígenos. Se encuentra compuesta por Pediatras, Enfermeras, Paramédicos y Asistentes Sociales.
- **Segunda infancia:** Esta atiende las afecciones de los niños y niñas que se encuentran entre los 2 y 14 años de edad, resuelve patologías no complejas, en caso de gravedad los niños son trasladados a la unidad de cuidados intermedios o la unidad de cuidados intensivos. Se encuentra compuesta por Pediatras,

Asistente social, Enfermeras y Paramédicos.

- **Lactancia:** Esta atiende las afecciones de los niños y niñas de entre los 0 y 2 años de edad, en caso de gravedad del recién nacido, este deberá permanecer en neonatología. La unidad se encuentra compuesta por, Pediatras, Neonatólogos, Asistente Social, Enfermeras y Paramédicos.
- **Otorrino Laringología:** Esta atiende las patologías que afectan el oído, la nariz y la garganta. Esta compuesta por otorrinos laringólogos, enfermeras y asistente social
- **Unidad de emergencia infantil:** Esta recibe las consultas de emergencia, atiende al paciente ambulatorio y deriva a hospitalizaciones de acuerdo a la especialidad que se requiera. Se encuentra compuesta por Médicos Pediatra, Cirujano infantil Enfermeras, Técnicos Paramédicos Auxiliar de turno y Asistente Social.
- **Neuropsiquiatría:** Esta atiende patologías relacionadas con el funcionamiento neurológico y psíquico de niños y niñas, a partir de una atención que agrupa ambos conceptos y que entiende la enfermedad como una correlación de aspectos ligados al sistema nervioso y a trastornos mentales. Se encuentra compuesta de Neurólogos, Psiquiatras, Enfermeras y Asistente Social.

10. Fundamentos para la creación de la Comisión de Maltrato Infantil en el Hospital Carlos Van Buren

El Servicio Pediátrico de Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso es aquel, que dentro de sus atenciones, especialmente las de urgencia, recibe y atiende casos de maltrato infantil. El cuerpo medico que aquí se encuentra atiende permanentemente casos de niños maltratados, los que en el 50 por ciento de los casos son cometidos por los padres o tutores de los pequeños.

Esta situación presente dentro del Servicio de Pediatría, corresponde a una realidad preocupante y que impacta a nivel regional, sus equipos profesionales basados en encuestas realizadas por la UNICEF y la Universidad de Chile, señalan que el 60 por ciento de los niños han sido golpeados física o sicológicamente alguna vez por algún adulto.

De esa cifra es muy bajo el porcentaje que es conocido, en relación a este ultimo punto, para el propio Hospital Carlos Van Buren, ha resultado complejo determinar el

número de niños y niñas atendidos por maltrato infantil, ya que los diagnósticos médicos muchas veces son ambiguos, y porque el maltrato infantil continua siendo considerado, mas como una causa, que como una patología, es mas desde el punto de vista administrativo y estadístico del Hospital, no se han compatibilizado las realidades con la codificación de enfermedades que utiliza el sistema informático, en el cual a cada enfermedad (diagnostico) se le atribuye un código que la representa informaticamente, desde este punto de vista, el maltrato infantil no es considerado como un diagnostico medico, por lo cual estadísticamente no se le atribuye ningún código al momento de ser ingresado en los registros computacionales, quedando la información real, encubierta de un diagnostico por fractura, bronquitis obstructiva, eufemismos como el síndrome de Kempe ,etc, desde la estadística por tanto no se admiten dos diagnósticos, por lo cual permanece el que se señala como patología clínica. Por los argumentos señalados anteriormente, es que un equipo medico del Servicio de Pediatría, entre ellos el Neurólogo Infantil Osvaldo Leppe, realizaron una recodificación de enfermedades, que les permitiese incorporar el maltrato infantil como un diagnostico, al cual le atribuyeron el código F43, el que originalmente corresponde a patologías de salud mental, como trastornos de personalidad y desviaciones.

Pese a que la situación de maltrato infantil en el sector es alarmante, hay que tomar en cuenta que al Servicio de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren, sólo llegan los "casos mas graves" los pequeños pacientes, por lo general, son ingresados por supuestas caídas, luego exámenes médicos y radiografías determinan lesiones no correspondientes con un accidente. Estos casos son atendidos especialmente en la unidad de emergencia infantil y en algunos casos hospitalizados, posteriormente la unidad de Neurología infantil, y Neuropsiquiatría, son las que atienden mayormente casos de maltrato infantil, especialmente porque el nivel de gravedad provocada por las lesiones, genera por sus efectos trastornos en el sistema nervioso, comprometiendo la psicomotricidad de los niños y niñas que experimentan el maltrato.

La mayoría de las veces los pequeños que llegan a este hospital son ingresados supuestamente por accidentes, caídas, lesiones o infecciones, quedando muchas veces en evidencia al ser examinados que estas lesiones habrían sido provocadas por terceros, muchas veces incluido dentro de éstas el abuso sexual.

El personal médico asegura que estas lesiones son producidas verdaderamente por golpes, quemaduras con cigarrillos e incluso los frecuentes zamarreos. Estas acciones traen con el tiempo consecuencias sociales en los niños maltratados, en que, según los médicos, "se da la tendencia de repetir con sus propios hijos o incluso llegando muchas veces a suicidarse, sin contar las secuelas físicas y psicológicas que quedan de por vida".

Sostienen que es difícil detectar una situación como ésta, pues casi siempre pasa inadvertida bajo la ropa, pero señales clara que deben despertar preocupación son enrojecimiento o moretones de mejillas, nalgas y brazos y cambios de conducta repentina en los niños, llanto e inquietud. Estos hechos deben ser denunciados a Carabineros, Sename y, por supuesto, llevar al niño a la asistencia pública para tratar sus lesiones.

Los profesionales del servicio de Pediatría del hospital van Buren enfatizan, que una forma directa de prevenir el aumento de la agresión a menores es la denuncia ciudadana.

Hechos como éste son los que han inspirado a los Servicios de Pediatría y Neurología Infantil del Hospital Carlos van Buren en tomar la decisión de generar acciones tendientes a hacerle frente a este problema. Es por ello que se han constituido en la "Comisión del Maltrato Infantil", compuesta por Psicólogos, Psiquiatras, Asistentes Sociales y el jefe del Servicio de Neurología Infantil, contando con el total apoyo de la dirección del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, a cargo del doctor Daniel Verdessi, con el objetivo de poder implementar lo más pronto posible, un plan de educación y prevención de maltrato infantil.

11. Comisión de Maltrato Infantil en el Hospital Carlos Van Buren

El hospital Carlos Van Buren crea en el año 1994, la Comisión de Maltrato Infantil, debido a la necesidad de poseer un organismo asesor y coordinador de los casos detectados de maltrato infantil, al interior del Hospital.

A su vez surge como una necesidad de responder desde los sistemas públicos de atención de salud, a la ley de violencia intrafamiliar 19.325, la cual establecía la obligación jurídica de efectuar la denuncia en casos de maltrato infantil, y señalar los fundamentos que la sostenían. La Comisión de maltrato infantil, se encuentra compuesta por un equipo profesional conformado por, Dr. Osvaldo Leppe, Jefe de Neuropsiquiatría Infantil, Neurólogo Infantil, Gabriela Vilches, Asistente Social. Carolina Flores, Psicóloga Unidad Neuropsiquiatra Infantil. Yairet Soto Psiquiatra.

Actualmente, el equipo se reúne cada día miércoles de manera informal, a discutir los casos más relevantes, que requieren un trámite o solución rápida. Y a la vez a discutir diversos temas contingentes que tengan relación con el maltrato infantil y que se encuentren repercutiendo en el sistema de atención del Hospital, Las reuniones técnicas formales, se

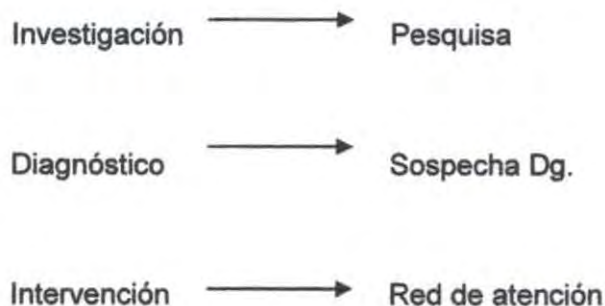
realizan cada 15 días, los días miércoles.

Entre los objetivos que se persiguen, se encuentran, lograr la prevención del maltrato infantil a través de la generación de espacios de coordinación y educación. Con respecto a esto se han logrado algunas aproximaciones a la meta, como son, una mayor agudeza en la sospecha de maltrato y una consecuente detección de un mayor número de casos, se ha logrado llevar un seguimiento más profesional y multidisciplinario de estos, permitiendo otorgar respuestas reales y plausibles.

A pesar de estos logros, aun permanecen algunas dificultades, que no han permitido el desenvolvimiento óptimo de la presente Comisión, entre ellos, el escaso tiempo de los profesionales que la conforman, y el bajo compromiso que se observa por parte del resto de los equipos profesionales, con el tema del maltrato, desde la perspectiva social es reconocido abiertamente por el servicio de pediatra que el maltrato infantil está presente regional y localmente y que afecta a niños y niñas inocentes, pero desde otro punto de vista hay que tener en cuenta que los profesionales, no solo emiten un diagnóstico médico y social, sino también legal, y son estas consecuencias las que pueden disuadir a algunos médicos a realizar algún diagnóstico que los implique, esta situación ha generado algunos impedimentos para conseguir un trabajo en conjunto y coordinado. Sin embargo, estas se reconocen como desventajas que debieran irse superando con el paso del tiempo y con la mayor sensibilización social que vaya existiendo con respecto al tema.

El nuevo marco legal, con la creación de los tribunales de familia y la fiscalía ha impulsado un cambio de paradigmas, Este cambio conlleva consigo una transición de funciones en la atención del maltrato infantil, tanto en el nivel de hospitalizados como ambulatorios. En este aspecto la Comisión de Maltrato Infantil busca implementar acciones dirigidas a la educación y prevención del maltrato infantil.

Cambio de Paradigmas



En el nivel de hospitalizados los objetivos son:

- Orientar a los equipos de salud frente a la sospecha: ¿cómo? ¿a quién?

- Vincular con la red pertinente
- Psicoeducar a los Funcionarios: Trato, Comunicación

En Nivel Ambulatorio los objetivos son:

- Orientar y vincular con la red, frente al Maltrato Leve a Moderado en pacientes de Policlínico.
- Prevenir: Psicoeducación, Intervención Terapéutica en grupos de riesgo.

En el nivel Familiar los objetivos son:

- Talleres Psicoeducativos

Dentro de las proyecciones de la Comisión, se encuentran, lograr la Construcción de una red más estable y expedita, en comunicación con instituciones regionales y fomentar la prevención, en todas las áreas del maltrato (leve, moderado, severo).

12. Flujograma de atención en niños víctimas de Maltrato Infantil

El Hospital Carlos Van Buren otorga atención a los casos de maltrato infantil de acuerdo al flujograma de maltrato, que señala los conductos y el movimiento que debe realizarse desde el ingreso de un niño a la unidad de emergencia infantil.

El niño o niña puede ser llevado a la unidad de emergencia infantil por sus padres cuidadores u otros, señalando como motivo de atención o consulta el maltrato físico directamente, o cualquier otro motivo. Si se detectan situaciones que permitan sospecharlo, el rol del medico es realizar la anamnesis, el examen clínico y otro complementario junto con el certificado de informe de lesiones, posteriormente se deberá evaluar la severidad de las lesiones y el riesgo vital inmediato para el niño.

Si las lesiones corresponden a carácter grave o leve es rol del medico recoger los primeros elementos de la anamnesis y del examen clínico y lograr que la familia acepte la hospitalización, esta es la primera medida de protección más efectiva y recomendable al alcance del medico. No es necesario tener la certeza de que se trata de un caso de maltrato para hospitalizar a un niño o niña. Si existe razonable sospecha de riesgo de repetición o agravamiento del maltrato, no puede permitirse que el niño regrese a un medio en que ha sido agredido. En estos casos la hospitalización se impone, no obstante esto, la denuncia debe realizarse en el propio servicio de emergencia del hospital, contactando al carabinero de turno.

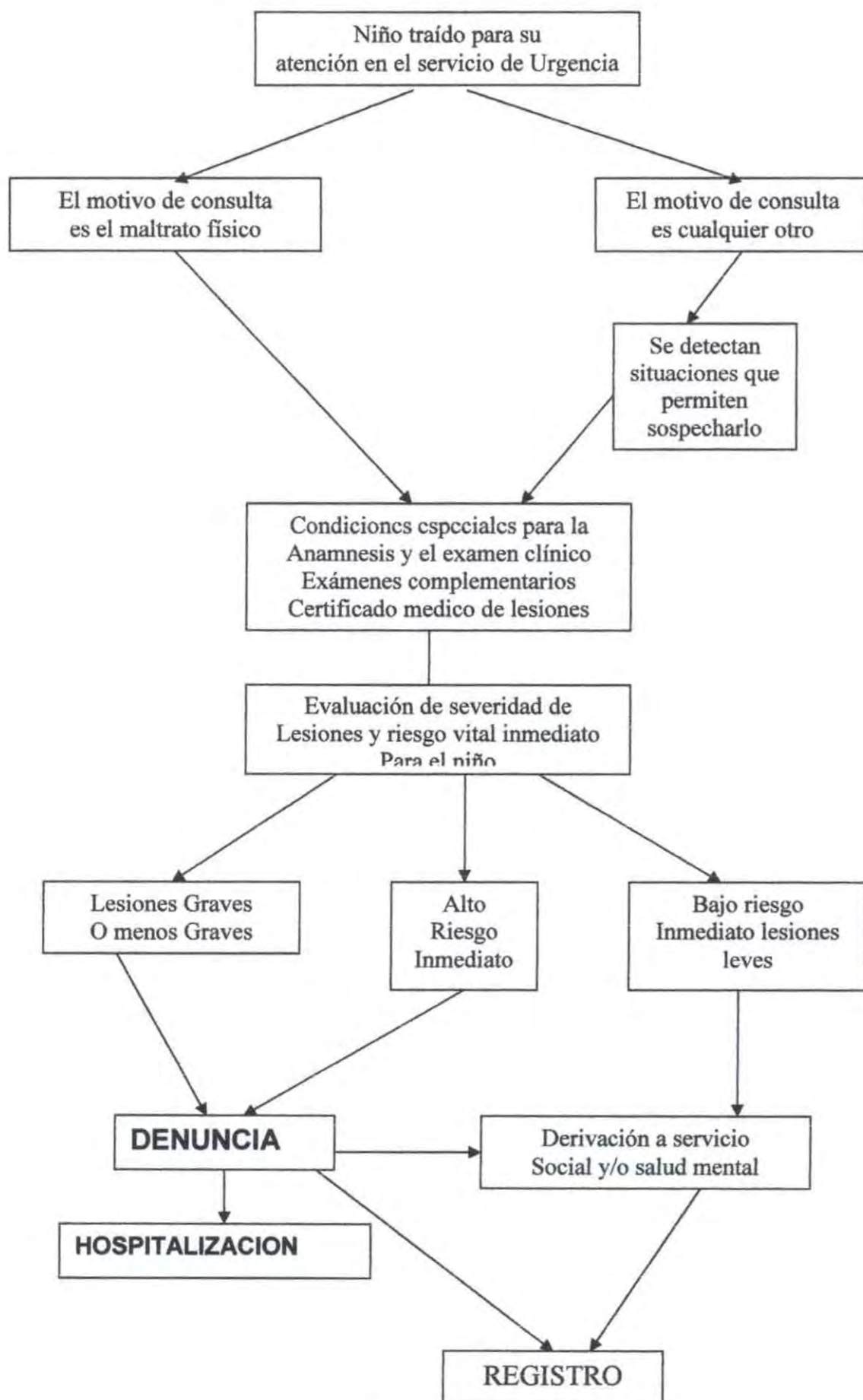
Cuando las lesiones presentadas en los niños atendidos son de carácter leve y de bajo riesgo, según el criterio del médico, el caso es derivado en primera instancia a la unidad de Servicio Social. A fin de lograr que el niño y su familia se pongan en contacto con un profesional o equipo que pueda acogerlos y apoyarlos a superar la violencia.

En general cuando el maltrato no produce lesiones graves, los padres están más dispuestos a escuchar al médico y al resto de los profesionales que les ofrecen ayuda. Como la experiencia del Hospital Carlos Van Buren, ha estado orientada a atender los casos más graves de maltrato, la denuncia siempre es realizada y esta tiene por objeto desencadenar un procedimiento policial y judicial que proteja al niño de seguir siendo maltratado, no solo en lo inmediato, sino también, permita resolver definitivamente el problema de la violencia.

La unidad de servicio Social, constituye el servicio del Hospital, al cual deben ser derivados todos los casos de maltrato atendidos, ya sean por lesiones graves, leves, de alto riesgo inmediato o bajo riesgo inmediato. Ya que deberá ser ésta la encargada de realizar un registro de la atención medica otorgada, de la denuncia realizada, establecer contacto con la familia del niño y levantar el informe social a partir de entrevistas y otras informaciones que permitan establecer una aproximación diagnostica del caso. Posterior a esto deberá encargarse de los procedimientos posteriores a la denuncia efectuada por el medico, que constituyen los contactos con la fiscalía y el tribunal de menores. Mientras el niño permanece hospitalizado, corresponderá al Asistente Social realizar las declaraciones pertinentes en tribunales si lo amerita, y esperar la resolución del juez en cuanto a la situación del menor, el que mientras dure el proceso permanecerá hospitalizado.

Constituye un desafío para la unidad de Servicio social del Hospital Carlos Van Buren, agilizar este proceso, con el objetivo de disminuir en la medida de lo posible la permanencia de los niños al interior del hospital una vez recuperados del problema de salud provocados por la agresión física. Esto a fin de disminuir los riesgos de infecciones intrahospitalarias y de otorgar prioritariamente un ambiente y espacio al niño agradable y estimulante para su desarrollo, cuyas necesidades al interior del hospital difícilmente pueden ser satisfechas.

FLUJOGRAMA DE ATENCION EN NIÑOS VÍCTIMAS DEL MALTRATO INFANTIL



Capitulo II

Diseño de Investigación

II. DISEÑO DE INVESTIGACION

1. Contextualización de la investigación

1.1 Introducción

La presente investigación se llevará a cabo en la Unidad Pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. La institución en la cual se desarrollara esta investigación fue elegida sobre la base de características tales como: Interés de la institución por obtener una visión mas clara del maltrato infantil en el ámbito cuantitativo y cualitativo, gravedad de los casos atendidos, interés de la unidad de servicio social por organizar la información que posee actualmente respecto al maltrato infantil y someterla a estudio.

1.2 Planteamiento del problema

El estudio investigativo abordará el maltrato infantil, entendiéndolo como un fenómeno social y multicausal que afecta el desarrollo Biopsicosocial de niños, niñas y adolescentes atendidos en la unidad pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, esto como consecuencia de alteraciones en la dinámica familiar, lo que favorece el surgimiento de conductas violentas dentro del hogar.

1.3 Delimitación de los Sujetos de Estudio

Los sujetos de la acción investigativa serán, los casos atendidos en la Unidad de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre enero 2005 y mayo 2007, con diagnósticos de maltrato infantil físico activo o asociado a éste.

1.4 Fundamentación

La ley de violencia intrafamiliar posee como objetivo, "prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar en todos sus aspectos, otorgando protección a las víctimas de la misma" (Artículo primero, Ley 20.066). Según la presente Ley se entenderá por violencia intrafamiliar "todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que

se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar" (Artículo 5°, Ley 20.066).

La actual legislación busca ampliar el concepto de violencia intrafamiliar, mejorar las medidas de protección, restringir los acuerdos entre las partes, entregar facultades a las policías para actuar en casos de flagrancia y hacer más efectivas las sanciones, para esto se crea la figura penable " maltrato habitual", entendido como el ejercicio habitual de violencia física o psíquica. La habitualidad será considerada, atendiendo al número de actos de violencia y su proximidad en el tiempo, con independencia de que dicha violencia haya afectado a la misma o diferente víctima. También obliga al tribunal a adoptar "de inmediato" las medidas de protección necesarias ante un acto de violencia.

El ejercicio habitual de violencia física o psíquica respecto de alguna de las personas referidas en el artículo 5° de esta Ley, se sancionará con la pena de presidio menor en su grado mínimo, correspondiente a una sanción de 61 a 540 días de presidio, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad, caso en el cual se aplicará sólo la pena signada por la Ley a éste.

Sin perjuicio de lo anterior, el maltrato infantil continua siendo un problema social que afecta la convivencia e integridad de las familias, núcleo básico de la sociedad, la cual ha internalizado el castigo físico como una herramienta de educación y formación de los hijos; frases como "la letra con sangre entra", dan cuenta de una cultura familiar que justifica el maltrato como parte de la educación, siendo percibido como una situación normal a la que no se le atribuye la gravedad con que es considerada jurídicamente, además la sociedad prefiere no inmiscuirse, generando un círculo vicioso que protege indirectamente al agresor y menoscaba a la víctima.

El maltrato infantil físico activo (violencia física y sexual), es aquel que deja mayores secuelas en la salud física y psicológica de quien lo padece. Consecuencias como trastornos en el desarrollo psicomotor, trastornos de personalidad, alteraciones en la capacidad y habilidad para interactuar socialmente de manera adecuada, constituyen unas de las variadas replicas que un menor puede experimentar a causa del maltrato infantil.

Datos obtenidos del tercer estudio de maltrato infantil realizado en Chile el año 2006 por UNICEF en conjunto con SENAME, nos permiten corroborar que el maltrato infantil físico continua presentando uno de los índices mas altos dentro de nuestro país, representado en un 53.8% de la población infantil (obtenido a partir de una muestra de 1525 estudiantes de octavo básico de 103 establecimientos de 6 regiones del país), se puede concluir por tanto, que mas de la mitad de los niños y niñas experimentan actualmente maltrato infantil físico,

además consideremos que solo un 26.4% de los niños no ha sido golpeado por los padres, permitiéndose aseverar a partir de esto, que el golpe constituye una practica al interior de las familias (Tabla 1).

Tabla N° 1
Frecuencia de violencia familiar. Cifras Comparativas Chile 1994 – 2006

Tipo de Violencia	1994	2000	2006
Física Grave	34,3	25,4	25,9
Física Leve	28,7	28,5	27,9
Psicológica	14,5	19,7	21,4
No hay Violencia	22,5	26,4	24,7

Fuente: Tercer estudio comparativo de maltrato infantil UNICEF, 2006

En relación con la fuente estadística anteriormente referida, se señala que con respecto a la frecuencia de violencia familiar, el maltrato infantil físico no ha disminuido, mostrando una variación entre el periodo 2000 y 2006 de 53.9% a un 53.8% respectivamente, cuando se habla de quien maltrata más al interior del hogar, se señala a las madres como quienes mayormente maltratan (49.8%), en comparación a los padres, que de acuerdo al estudio, lo hacen en un 29,55% de los casos.

A pesar de que el maltrato infantil es un fenómeno social transversal, puesto que se manifiesta en todas las clases sociales, aun así se puede apreciar una diferenciación del ejercicio de éste, según tipo de maltrato ejercido, de acuerdo a estratos socioeconómicos. En los estratos socioeconómicos bajos, éste se expresa en una cifra del 57.1%, mientras que en el estrato socioeconómico alto esta corresponde a un 47.4%, mientras el maltrato emocional en el estrato bajo es de un 17.4% y en el alto de un 25.0%. Estas diferencias han disminuido cada vez más con el tiempo confirmando con esto, la transversalidad del problema social.

La violencia familiar constituye un hecho sociocultural que caracteriza las relaciones familiares desde hace muchos años. Según la opinión de los niños con respecto a la utilidad del castigo físico, el estudio realizado por UNICEF señala, que el 51.9% aprueba la violencia física como una forma de castigo, lo que hace suponer que la violencia es transmitida generacionalmente como un patrón de conducta. De un total de 53.8% de los niños que sufren violencia física, sólo un 4.3% debió ir al hospital por el impacto de las lesiones y sólo un 3.4% realiza la denuncia.

A nivel regional, durante el año 2005 SENAME elaboró el informe regional de diagnósticos e intervenciones en infancia, cuya información forma parte del tercer estudio de maltrato infantil (UNICEF, 2006). Este informe da cuenta de las siguientes cifras: durante el año 2005 se llevaron a cabo 2.415 diagnósticos relativos a diversos problemas sociales

relacionados a la infancia, realizados estos de forma ambulatoria, en centros SENAME y en la familia, de los cuales 762 correspondieron a diagnósticos de violencia y maltrato infantil.

Durante el mismo periodo el Servicio Nacional de Menores realizó 6.078 intervenciones correspondientes en su mayoría a menores ingresados por problemas con la justicia, sólo 664 de estas abordaron la problemática del maltrato infantil. Es posible inferir que el nivel de intervenciones que han tratado el problema del maltrato se ha mantenido por debajo de la cantidad de diagnósticos realizados; es decir, aun se encuentran un gran numero de niños y niñas que teniendo un diagnostico de maltrato infantil no recibieron intervención, impidiendo, por tanto, completar el proceso restaurador necesario para superar una experiencia de maltrato.

A nivel comunal, carabineros de Chile (2004) mantiene estadísticas sobre denuncias y detenidos por violencia contra menores en todos sus tipos, esta información nos da cuenta de 21 denuncias y 34 detenidos entre hombre y mujeres, cifra que para la comuna de Valparaíso significa el 0.1% de la población (habitantes 275.982), frente a estos datos es posible concluir, que si bien el fenómeno del maltrato infantil ha sido desarraigado del ámbito privado y se ha volcado hacia el espacio publico, donde es cuestionado y sancionado, aun así se requiere mayor concientización respecto de este, entendiéndolo como un delito y haciendo efectivamente la denuncia (Tabla 2 y 3).

Tabla N° 2
“Denuncias por maltrato infantil en la comuna de Valparaíso”

Denuncia	2004
Violencia Psicológica	18
Violencia Fisica Leve / Grave	3
Total	21

Fuente: Anuario de Estadísticas Policiales Carabineros de Chile. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2004

Tabla N° 3
“Detenidos por maltrato infantil en la comuna de Valparaíso”

Detenidos por:	Hombres	Mujeres	Total
Abuso Sexual Impropio Infantil	1	---	1
Maltrato Infantil	---	2	2
Menor Abandonado	3	3	6
Violación de Menores	2	---	2
Violencia Intrafamiliar Lesiones Graves	1	1	2
Vulneración de Derechos	14	7	21
Total	21	13	34

Fuente: Anuario de Estadísticas Policiales Carabineros de Chile. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2004

La magnitud de las cifras que han sido expuestas hasta el momento, demuestra la prevalencia aun existente del maltrato infantil en Chile, constituyéndose esto, en una de las principales motivaciones para investigar y abordar el problema social.

El sistema de salud pública, constituye uno de los sectores en el cual, se sospecha, detecta y trata el maltrato infantil, en el caso específico del Hospital Carlos Van Buren, en el cual se encuentra inserto este estudio, es esta institución quien recibe la mayor parte de los casos de maltrato, que experimentan secuelas físicas graves, a nivel comunal.

Muchos de los niños que ingresan a estos servicios de salud, lo hacen principalmente por la gravedad de sus lesiones, a pesar de que las lesiones de carácter traumático son visiblemente impresionantes, muchos maltratos suelen ingresar enmascarados con otro motivo de consulta, dejando la pesquisa solo a nivel intuitivo del médico, en esta instancia, es el profesional, quien descubre la posibilidad de que el maltrato esta presente.

Al Hospital Carlos Van Buren es a quien le corresponde realizar la denuncia frente a casos de maltrato infantil, los que ingresan generalmente sin notificación ni denuncia previa del hecho, siendo, por tanto, desde el sistema de salud, donde se desencadena el procedimiento policial y judicial que protege al niño de seguir siendo maltrato. El total de casos de maltrato infantil atendidos en este hospital durante el periodo enero 2005 a mayo 2007, corresponden a 112 casos. Fueron denunciados y derivados a tribunales de familia, 64 casos, de los cuales 27 casos corresponden a maltrato físico grave, 18 casos a abuso sexual y 19 casos a negligencia grave por parte de los padres o cuidadores. De acuerdo con lo señalado anteriormente, este problema debe ser estudiado, considerando la magnitud con que se presenta y el nivel de gravedad que estos casos implican desde el punto de vista del daño físico y psicológico que el maltrato infantil provoca en las víctimas.

Con respecto a la gravedad de este fenómeno, se plantea que una de las características que convierte a este hecho social en una situación verdaderamente compleja, es la condicionante psicológica y social que origina el maltrato, es decir, el maltrato infantil, no se reduce a lesiones físicas y psicológicas presentes en un niño, que requieren un periodo de tiempo para su recuperación, sino que involucra diversos factores que dan causa al evento maltratante, y son estos factores precisamente, los mas difíciles de controlar, ya que corresponden a conductas arraigadas culturalmente, o que son resultado de una dinámica sociofamiliar alterada, respecto a esto, el jefe del Servicio de Neurología Infantil del Hospital Carlos Van Buren, doctor Osvaldo Leppe, señala que: "Los factores que predisponen el maltrato infantil son principalmente problemas de los padres, como estrés, falta de trabajo, influencia del alcohol o drogas, quienes bajo esas presiones se desquitan

con los niños, aunque también es muy frecuente que se dé en familias con conductas normales. La mayoría de las veces los pequeños que llegan a este hospital son ingresados supuestamente por accidentes, caídas, lesiones o infecciones, quedando muchas veces en evidencia al ser examinados que estas lesiones habrían sido provocadas por terceros, muchas veces incluido dentro de éstas el abuso sexual" (Mercurio Valparaíso, Mayo 2007).

El presente estudio surge de la necesidad manifestada por el Hospital Carlos Van Buren, de llevar a cabo una investigación que permita establecer aproximaciones reales y claras, al fenómeno del maltrato infantil, el cual por su magnitud, en términos de trascendencia, se constituye en un tema y una realidad que requiere de un análisis descriptivo y riguroso en cuanto a las formas en que se manifiesta, los factores que intervienen en su desarrollo, sus consecuencias y las posibilidades de tratamiento desde el trabajo social.

De esta manera, el presente seminario de título se señala como conveniente desde el punto de vista médico y social, permitiendo contribuir al conocimiento y la comprensión del maltrato infantil en los ámbitos ya señalados, aportando a su vez, a la sensibilización e internalización del tema, especialmente en el área médica. La cual requiere incorporar el maltrato infantil como un tipo de enfermedad y no solamente como la causa de esta. Además, es importante mencionar que esta experiencia constituye una contribución al desarrollo profesional, dado que el sistema de salud pública, conforma un espacio en el cual los Trabajadores Sociales pueden desplegar sus habilidades de investigador y educador informal. A través de estos roles la profesión puede guiar, dar impulso y concretar las acciones que generen nuevos conocimientos y que aporten un beneficio real a los procesos de intervención en maltrato infantil.

Por otra parte, cabe destacar que este estudio, constituye un tema de particular interés y relevancia para el equipo seminarista. En primer lugar, porque existe un especial interés y sensibilidad personal por parte de las integrantes, y en segundo lugar, porque el maltrato infantil afecta a un grupo social vulnerable de la sociedad, ocasionando efectos a mediano y largo plazo, capaces de desajustar el pleno desarrollo familiar, individual y social del niño, niña y adolescente que lo experimenta.

2. Marco de referencia

Para una mayor comprensión de la investigación social que se realizará, se deben definir determinados aspectos que se utilizarán a lo largo del proceso.

El presente marco de referencia, será expuesto a partir de tres áreas: En un primer nivel se contextualizará la problemática del maltrato infantil desde la realidad nacional, abordando ésta desde las políticas públicas que tratan el tema, en un segundo nivel, se abordarán aspectos temáticos del maltrato infantil y de la familia, para finalizar con una conclusión de las dos áreas temáticas mencionadas.

2.1 Políticas Públicas en Infancia

El fenómeno del maltrato infantil, comenzó a ser estudiado desde 1960, principalmente en Europa, Estados Unidos y Canadá, en tanto los países latinoamericanos sólo a partir de 1980 comenzaron a reconocer este problema y a investigarlo. Actualmente se reconoce el interés de los gobiernos y organismos internacionales, para que este problema sea abordado urgentemente como objeto de Políticas Públicas, entendiendo que constituye un problema de salud pública y de derechos humanos que tiene un impacto negativo en los procesos de democratización, desarrollo social, económico y cultural de los países.

Desde la perspectiva internacional, la convención sobre los derechos del niño fue aprobada por la asamblea general de las naciones unidas el 20 de noviembre de 1989, constituyendo la instancia internacional ratificada por más países del globo. Expresa entonces, un consenso prácticamente universal acerca de los derechos de niñas niños y adolescentes, tanto en los aspectos relacionados con la ciudadanía, protección y libertades básicas, como son las disposiciones relacionadas con los derechos económicos, sociales y culturales (UNICEF.42, 1995).

El gran aporte de la convención ha sido considerar al niño como sujeto de derecho, postulando a su desarrollo integral y la protección preferencial del Estado, en contraposición al viejo esquema que concebía al niño como menor en situación irregular, objeto de protección y control. A partir de este hecho se generan instancias de coordinación intersectorial para impulsar acciones en beneficio de la protección y promoción de los derechos de niñas y niños, contenidos estos en el plan nacional de acción a favor de la infancia.

2.2 Lineamientos Políticos del Maltrato Infantil en Chile

En Chile, las primeras investigaciones sobre maltrato infantil datan de la década del 80. Según el Instituto Médico Legal, en el período de 1987 a 1991, 5.555 niños fueron víctima de abusos sexuales, y de cada diez casos siete son llevados a cabo por personas conocidas (padre, familiar, vecino u otro conocido). Todo lo anterior es indicativo de la relación de abuso y marginación social en que se ha desarrollado la infancia a lo largo de la historia de la humanidad. Incluso Aristóteles decía que "un hijo y un esclavo son propiedad

de los padres y nada de lo que se haga con lo que le es propio es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno".

Sin embargo, es a partir de 1990, luego de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño, en octubre del mismo año, que se empiezan a desarrollar programas de carácter integral e intersectorial.

En 1990 la municipalidad de Santiago crea el primer centro para la atención de víctimas de violencia intrafamiliar. El Servicio Nacional de Menores (SENAME) definido como: organismo público sin fines de lucro dependiente del Ministerio de Justicia, cuya finalidad es la protección y la plena garantización del ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes del país, asumió el tema del maltrato infantil como un problema social cuyo abordaje compromete al conjunto de la sociedad, promoviendo para ello la creación de centros y programas de atención, dirigidos a la protección y la promoción de derechos de niños, niñas y jóvenes.

El primer Plan Nacional de acción a favor de la infancia, fue elaborado en el año 1992 y contiene el compromiso del estado de Chile con los niños, niñas y jóvenes de 43 países para la consecución de metas formuladas en el año 1990 para el año 2000. Estas metas comprendieron:

1. Derechos a la sobre vivencia
2. Salud
3. Nutrición
4. Derechos al desarrollo
5. Educación
6. Derecho a la protección.

En este plan, la preocupación por la infancia y la adolescencia se materializa con una visión asistencial, lo que se traducía en programas que consideraban a los niños y niñas como un grupo social vulnerable, es decir, fue una política social dirigida hacia los niños en circunstancias difíciles. Esta política se concentra, principalmente, según una perspectiva "médico sanitaria" en el marco de la legislación de menores privilegiando el control social.

El 27 de agosto de 1994 se promulga la ley N°19.324: que introduce modificaciones en el artículo 62 de la ley 16.618, define el maltrato como "resultante de una acción u omisión que produzca menoscabo en la salud física o psíquica de los menores, no comprendida en las leyes especiales sobre materias similares. Por su parte la ley 19.325: establece normas y procedimientos relativos a los actos de violencia intrafamiliar, incluido el

maltrato a menores, señala: "Se entenderá por acto de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de quien, aun siendo mayor de edad tenga respecto del ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o, siendo menor de edad o teniendo discapacidad, tenga su respecto del ofensor la calidad de descendiente, adoptado, pupilo o colateral consanguíneo hasta cuatro grados inclusive este bajo el mismo cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar que vive bajo su mismo techo". Esta ley fue puesta en marcha luego de cuatro años de tramitación parlamentaria, viniendo a ser una modificación de la anterior ley, cuyo énfasis se encontraba puesto en la sanción del infractor más que en la prevención del maltrato y la recuperación del afectado. Posterior a esto el maltrato pasa a ser definido desde el punto de vista legal y considera la dimensión psicológica de los afectados, aun así se continúa dando mayor relevancia a la sanción de los infractores, que a la prevención, tratamiento y recuperación de los afectados, de hecho "después de la promulgación de la ley, hubo una relativa apertura social del tema, y en menos de un año ya existían 38 mil doscientas denuncias ante carabineros e investigaciones, llegando a 55 mil 400 en el año 2000" (Yáñez, 2003)

Con la mencionada ley, el Estado otorga una potente señal acerca de la problemática de la violencia intrafamiliar. Era un tema en el que había que intervenir por la gravedad del hecho en sí, pero también por las consecuencias en las familias, en cada una de las personas que viven esta situación, y también en el conjunto de la sociedad. De esta manera, se alude al carácter eminentemente social de una cuestión que hasta hace un tiempo aparecía anclada en lo íntimo, en el mundo reservado de la vida privada. Hoy el fenómeno del maltrato infantil deja de ser parte, de un problema personal que se resuelve en casa, y pasa a constituir un grave problema social al cual se le atribuyen sanciones morales y legales, que es responsabilidad de todos denunciar si es que somos testigos.

El gobierno plantea, por tanto, la necesidad de abordar el Maltrato Infantil como política de estado, con énfasis en la prevención, y atención integral a las víctimas, asumiendo con esto, la intersectorialidad como metodología clave en el tratamiento de esta problemática social.

Con la ascensión del tercer gobierno de la concertación, en el año 2000, se diseñó una Política y un Plan Nacional de Intervención Intrafamiliar, esta política es el fruto de un esfuerzo colectivo de todos los ministerios e instituciones que componen la comisión interministerial asesora de Prevención de Violencia Intrafamiliar. La comisión señala en su informe de 1996, una definición de la problemática Maltrato Infantil, entendiendo por esta como: "una condición evitable que perjudica el bienestar biopsicosocial del niño (a) y adolescente, que puede ser atribuida a la acción u omisión de personas, instituciones u otros", este comité se constituyó en la fecha, por 16 sectores públicos impulsados por el

ministerio de justicia, entre ellos se encuentran: el Ministerio de Educación, Interior, Mideplan, Salud, Secretaria General de Gobierno, Secretaria General de la República, Poder Judicial, SENAME, Instituto Nacional de la Juventud, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones y Red de Alcaldes Defensores de la Niñez, Fundación INTEGRAL y la Junta Nacional de Jardines Infantiles. En todas las regiones del país se crearon equipos especializados intersectoriales relativos al Maltrato Infantil, estos serían coordinados por los Secretarios Regionales de Justicia respectivos.

Con respecto a las acciones concretas frente a la problemática de maltrato Infantil, el Presidente de la República Don Ricardo Lagos Escobar, entrega la nueva política Nacional y Plan de acción integrado a favor de la infancia y la Adolescencia 2001-2010. Los objetivos planteados para esta nueva política, consisten en ampliar las metas trazadas en el Plan de Infancia del año 1992, la cual debe ser aplicada en todas las regiones del país.

En la quinta región, por su parte, las diversas instituciones públicas, agrupadas en la mesa técnica de la infancia y adolescencia, en conjunto con organizaciones del mundo privado que trabajan en el tema, municipios y gobernaciones se han dedicado a buscar elementos adecuados de dicho plan Integrado.

Es así como los actores mencionados anteriormente se reunieron en el seminario taller "Construyendo un plan de Infancia y Adolescencia para la región de Valparaíso", y definieron preliminarmente las seis prioridades para los menores de 18 años de edad de la región:

- Promoción y difusión de derechos
- Participación infantil y juvenil
- Fortalecimiento de la familia
- Espacios de recreación, y cultura
- Inclusión de la diversidad
- Trabajo de redes infanto-juveniles

2.3 Consideraciones legales en política de Infancia

El Maltrato Infantil es un problema social de larga data y muchas veces normalizado, sin embargo, con el transcurrir del tiempo muchos actores sociales han trabajado por su develamiento, detección y prevención.

Es así como el Estado cumple con un papel importante en el año 1994, al crear una ley que sanciona tal fenómeno, la ley N°19.325, la cual significa un gran avance para el país,

porque logro el develamiento de una forma masiva de violencia que experimentaban los grupos más vulnerables de la sociedad.

En septiembre 2001, ingresó al congreso un proyecto del poder ejecutivo motivando una larga tramitación que llevo a la modificación y promulgación de la actual ley de Violencia intrafamiliar (Ley N° 20.066), esta ley se pone al día y resuelve debilidades de la antigua. Ahora el Estado asume que tiene una responsabilidad, que esta dada incluso por los tratados internacionales que ha suscrito sobre la materia, y se resuelve mejor lo que refiere al ámbito de protección, con la policía y los jueces obligados a proteger a las víctimas.

El código civil chileno señala en su artículo 234 inciso primero, que "los padres tendrán la facultad de corregir a sus hijos cuidando que ello no menoscabe su salud y desarrollo personal", estableciendo con esto que nadie tiene derecho de agredir a otra persona, aunque ésta, según su propio juicio y opinión, lo mereciera.

Dentro de los nuevos impulsos en la legislación relativos a Infancia, es relevante señalar la constitución de la Comisión Asesora Presidencial "Consejo Asesor para las Políticas de Infancia". Esta comisión se crea el 04 de abril del 2006, fundamentando su formación en la importancia que tienen y constituyen las medidas y acciones que permitan superar los obstáculos derivados de la desigualdad posición socioeconómica, que ciertamente, dificultan el acceso de algunos a las oportunidades de crecimiento y progreso que se generan en el país.

Que, en dicho contexto, es indudable que los obstáculos o dificultades derivados de una condición socioeconómica insuficiente o desmedrada inciden directa y radicalmente en las potencialidades de desarrollo de los niños y niñas, determinando sus reales posibilidades de acceso a las oportunidades de educación y trabajo en su vida futura. En virtud de lo anterior, el Gobierno se ha propuesto implementar un sistema de protección a la infancia, destinado a igualar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas chilenos, desde su gestación y hasta el fin del primer ciclo de enseñanza básica, independientemente de su origen social, género, la conformación de su hogar o cualquier otro factor potencial de inequidad.

La Presidenta de la República Sra. Michelle Bachelet, ha señalado que las políticas de infancia "son claramente intersectoriales, porque incluyen necesariamente distintas perspectivas, cruzan las distintas disciplinas y, por cierto, las diversas reparticiones públicas".

2.4 Programa Nacional de Prevención del Maltrato Infantil

En materia legislativa, el Poder Ejecutivo patrocinó el proyecto de modificación de la Ley de Violencia Intrafamiliar del año 1994, con el fin de mejorar el texto de dicha ley y su aplicación, concluyendo en la nueva ley de Violencia Intrafamiliar N° 20.066, trasladando con esta la competencia jurisdiccional, desde los juzgados civiles hacia los juzgados de familia.

Con respecto al compromiso de otros sectores del Estado, para la prevención y erradicación del Maltrato Infantil, se puede destacar a Carabineros de Chile como la institución que en el país, ha invertido mas recursos en materia de violencia familiar, creó la dirección de Protección Policial de la Familia, la Comisaría de asuntos de familia y 27 secciones especializadas. Ha incorporado la asignatura de violencia intrafamiliar en la malla curricular de las Escuelas de Oficiales, Suboficiales y de Formación Policial.

El Ministerio de Educación ha dado impulso a la prevención de la violencia en los establecimientos educacionales, ampliando significativamente la cobertura de los profesores formados en regiones, para trabajar con toda la comunidad educativa, en el tema de resolución no violenta de conflictos y construcción de una cultura en paz.

La junta de jardines Infantiles (JUNJI), continuando con la implementación del Convenio firmado con SERNAM en 1999, fortaleció el trabajo promocional con párvulos y sus familias para favorecer la construcción de relaciones sanas mediante la implementación, en los jardines infantiles de las 13 regiones del país, el proyecto "Crecer y desarrollarse en la senda de la afectividad cotidiana".

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha asumido sus responsabilidades hacia la atención de las personas afectadas y con las personas agresoras, referidas a terapias como medidas de protección, y sanciones por la indicación de las leyes de Maltrato Infantil. Asimismo a partir de 1993 y a través de la Unidad de Salud Mental, se desarrollan diversas acciones para responder al problema de la violencia.

2.4.1 El maltrato infantil como problema de salud publica

El impacto de la violencia al interior del hogar en los servicios de salud, especialmente en los servicios de urgencias, traumatología y pediatría, lo ha situado como un problema de salud publica. El plan de acción Regional de la OPS sobre la salud y violencia destaca el peso que recae sobre el sector salud como consecuencia de este problema.

Los traumas causados por maltrato que no resultan en muerte, ocasionan daños físicos y psicológicos que limitan la funcionalidad individual y social. La morbilidad relacionada con el maltrato, además, congestiona los servicios de salud, aumenta los costos globales de la atención y afecta la calidad y cobertura. Al elevar sustancialmente la demanda en los servicios, obliga a asignar recursos adicionales o desviar los asignados a la prevención y atención Básica, hacia la satisfacción de una nueva demanda inducida por los hechos de Maltrato.

El sector Salud constituye el receptáculo de todos los corolarios del maltrato por la presión ejercida en los servicios de urgencia, la atención especializada, la rehabilitación física, psicológica y la asistencia social.

Esto plantea importantes tareas para el sector. En primer lugar, una sensibilización del personal del Sistema de salud en todos los niveles. En segundo lugar la readecuación de sistemas de detección y atención de los problemas de violencia, y el desarrollo de nuevas metodologías de intervención. Por último la creación de sistemas adecuados de riesgo que permitan la puesta en marcha de mecanismos de vigilancia en relación con este grave problema

Ante esta situación el gobierno de Chile, ha considerado el maltrato Infantil como un problema social y de salud pública, sobre el cual es necesario actuar bajo políticas adecuadas y claras, por esto, desde el año 2004, opera un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, a cargo de la unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Este plan otorga atención integral a mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar, y a niños, niñas y adolescentes afectados por maltrato. Para este plan, "una niña o niño maltratado, es aquel que es víctima de violencia física, psicológica, negligencia (ausencia de cuidados), provocada por sus padres o adultos que los tengan bajo su cuidado, incluyendo el abuso sexual, lo que puede derivar en consecuencias graves para la salud y el desarrollo físico y psicológico de estos niños (as)".

2.5 Maltrato Infantil

2.5.1 Reseña Histórica

El fenómeno del maltrato ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Las más diversas culturas han practicado el filicidio, el abandono, el tráfico, venta de niños y su mutilación. Por mucho tiempo los niños han sido considerados "propiedad de los padres" y, por lo tanto, han estado expuesto a ser utilizados a su arbitrio (Larraín, 1997).

La mayoría de los datos históricos que se tienen respecto a los malos tratos recibidos por niños y niñas, muestran que el castigo severo constituye una práctica arraigada desde la antigüedad. En Babilonia, en la época anterior a Cristo, el rey Neimrod, hizo exterminar setenta mil niños para eliminar a uno que podía hacerle perder el trono. En Esparta, aquellos niños que nacían con defectos físicos o psíquicos y, por tanto, previsiblemente malos guerreros, eran abandonados o arrojados por el macizo montañoso de Tarijeto. En Roma, los derechos de un padre de familia sobre sus hijos eran ilimitados. Si deseaba reconocerlo, se detenía y lo tomaba en sus brazos; si se alejaba, el niño era llevado fuera del hogar y expuesto en la calle. Si no moría de hambre o frío, pertenecía a cualquiera que deseara hacerse cargo de él y convertirlo en esclavo.

Algunos relatos de Platón, describen, como se puede visualizar la noción de la infancia que existía en el mundo grecorromano, la cual estaba ligada a alimentar, educar, criar y engordar a los niños, en latín aparece posteriormente el término infancia que designa literalmente a esta como una "falta de habla". La noción de la infancia para aquella época, se encontraba ligada a cuatro representaciones que la identificaban (Kohan, 1993):

- Ausencia de nominación, la infancia puede ser todo.
- La inferioridad, esta frente al varón adulto, y su equiparación con grupos sociales como las mujeres, borrachos, ancianos, animales etc.
- Lo despreciado, la infancia es lo no importante, lo superfluo lo prescindible.
- La infancia como material político, sobre ella cae el discurso demagógico de la necesidad, de la importancia de educarlos e instruirlos, ya que sobre ellos recae la responsabilidad de gobernar futuramente el País.

La violencia dentro del núcleo familiar, no constituye un problema reciente, sino que por el contrario, ha sido una característica de la vida familiar desde tiempos remotos. Al revisar los antecedentes históricos, es posible identificar en nuestra civilización algunas prácticas que desde el punto de vista contemporáneo no serían aceptables, pero que han contribuido a la conformación de nuestra sociedad. Estas prácticas se remiten a la anulación de los derechos esenciales de algunos grupos humanos que históricamente han tenido un estatus inferior dentro de la sociedad, principalmente los niños y niñas.

Antes del siglo XVII, los niños se integran al mundo de los adultos, vistiendo igual a ellos realizando las mismas actividades, pero predominando aun el infanticidio tolerado, producto de la fragilidad de estos se aceptaba pasivamente la posibilidad de la pérdida de un niño a partir de un accidente real o de un accidente disfrazado.

A partir del siglo XVII se va desarrollando un sentimiento nuevo con respecto al niño, este comienza a ser el centro de las atenciones de la familia las actividades son organizadas en torno a él, su pérdida causa un gran dolor familiar, no nacen tan seguido e importa atenderlos mejor, por lo cual se limita su número.

A partir del siglo XVIII, se pasa de una alta fertilidad y alta mortalidad a una baja fertilidad y baja mortalidad. El estado muestra mayor interés en formar el carácter de los niños, surgen las instituciones escolares, a pesar de estos incipientes avances en la protección y preocupación hacia la infancia, aun se mantenían coexistiendo prácticas aberrantes que ponían en peligro la integridad de los niños, llegando en sus extremos a provocarles la muerte. En París, entre 1771 y 1777, habían muerto el 80% de los 31.000 niños que vivían en internados; en Dublín, entre 1775 y 1796 sobrevivieron 45 de los 10.000 que permanecieron en los centros de albergue (PAICABI, 1998).

Entre 1920 y 1940 las legislaciones de menores legitiman la protección a la infancia, la cual va dirigida a la asistencia, control social, y orden. El menor es el que esta en situación irregular por condiciones personales o familiares que deben ser intervenidas estatalmente, surgen los conceptos de abandono, delincuencia sanciones judiciales y menor en riesgo.

El sistema que entendía a los niños como menores en situación irregular entro en crisis a partir de 1980, experimentándose un proceso que dio curso a la comprensión e incorporación de la infancia como un tema de interés y preocupación pública. Es así como en el año 1989 fue aprobada por la asamblea general de las naciones unidas la convención internacional de los derechos del niño, la cual fue ratificada por 193 Estados partes, constituyéndose en el tratado que ha recibido el más amplio apoyo. Señalando de esta forma, una clara indicación de la voluntad de los Estados, de proteger a los niños sin discriminación alguna, y especialmente concebir y reconocer a estos de manera afirmativa y no negativa e incapaz, como plenos sujetos de derecho, que requieren el respeto y la preocupación, que les permita desplegar su potencial para desarrollarse y ser felices.

No obstante no se puede desconocer el hecho, de que millones de niños viven realidades duras y aplastantes, entre ellas como una de las más dolorosas, se pueden reconocer las experiencias de maltrato, las que anulan a los niños, sometiéndolos a condiciones de infelicidad y desesperanza.

2.5.2 Definición del Maltrato Infantil

A continuación se realizara la revisión de las principales definiciones existentes en la literatura en torno al problema del maltrato infantil, llegar a un acuerdo con relación al concepto de maltrato infantil no ha sido fácil, ya que existe una multiplicidad de definiciones, las que se diferencian en sus énfasis. Algunas resaltan aspectos legales y, por lo tanto, se refieren a conceptos de prueba o intencionalidad; otras desde una perspectiva psicosocial, destacan los factores de riesgo o bien el impacto de la violencia en el desarrollo integral de la víctima.

No existe una única definición sobre maltrato infantil aceptada universalmente que respete las diferencias culturales dentro de un marco valórico común, que albergue las distintas condiciones y formas de maltrato. Por lo cual la comprensión del fenómeno debe partir del hecho, de que éste se manifiesta de amplias formas y que estas formas, también se van construyendo de acuerdo a los actores que la conforman.

Las primeras indagaciones realizadas con respecto al maltrato infantil, lo consideraron tradicionalmente como un fenómeno cuya categoría correspondía concretamente al nivel físico, con el pasar del tiempo este fenómeno fue ampliando sus categorías hacia nuevas perspectivas considerándose otros tipos de manifestaciones, y a su vez otras formas de maltrato.

El concepto "Síndrome del Niño Golpeado" lo usó, por primera vez, el médico parisino A. Tardieu en 1860, quien describió los casos de 32 niños golpeados o quemados hasta producirles la muerte.

En el siglo XX, la introducción de los rayos X en la práctica médica habitual y la prosperidad material de las sociedades industrializadas, hacen que la misma sociedad se percate del fenómeno del maltrato infantil; y como consecuencia, en 1923, Eglentura Gebbs redacta en Ginebra "la Declaración de los Derechos del Niño", y en 1959, la Asamblea General de la Organización Naciones Unidas (ONU) aprobó dicha declaración.

En 1962, se publica el trabajo del medico Kempe, en el cual se da a conocer el concepto de, "Síndrome del Niño Golpeado", este concepto ya utilizado en 1860, se refirió a la utilización de la fuerza física exagerada sobre un niño, provocando lesiones de carácter grave en éste, la señalada publicación describe el "síndrome del niño golpeado" como: "el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del

menor", se comienza a estudiar el tema, a plantear iniciativas legislativas y a implementar programas desde los equipos de salud, de la policía y de la educación.

Eisenberg (1981) ha enfatizado que las definiciones son distintas porque las culturas difieren marcadamente unas de otras en las pautas de crianza, el grado en que se reconoce a la infancia como una etapa del desarrollo que merece una atención especial, las condiciones que se consideran necesarias para un desarrollo saludable, y los derechos establecidos hacia los niños.

Por otra parte, Gelles (1982) ha planteado que el grado en que un país reconoce el maltrato infantil depende de las definiciones locales, tradiciones y prioridades. En términos generales, diferentes autores han planteado que las definiciones pueden variar de acuerdo a los profesionales, investigadores, estados, organizaciones, y también de acuerdo a los distintos niveles socioeconómicos.

El 20 de noviembre de 1989 se establece la Convención de los Derechos del niño (a), aprobada por la Asamblea General de la Naciones Unidas. En ella se define el maltrato como, "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución, que le tenga a su cargo".

La Organización de las Naciones Unidas para la infancia alude a la categoría de menor víctima de maltrato y abandono como aquella conformada por niños y jóvenes de hasta 18 años que "sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o entorno social" (UNICEF, 1989). El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y/o parcial (Larraín, 1997).

La definición del Centro Internacional de la Infancia de París, considera el maltrato infantil como; "cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo".

Martínez y de Paúl (1993) definen el maltrato infantil como: "las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencias de acciones físicas, emocionales o sexuales, de acción u omisión y que

amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño".

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) define el Síndrome del Niño Maltratado como "La agresión física, emocional o sexual contra un niño, provocada por los padres o por los adultos que lo tengan a su cuidado, incluye la negligencia, el descuido y la falta de cuidado al menor".

Por su parte el Comité Interministerial de Chile, sobre Maltrato Infantil, en su Informe Final de 1996 entrega una definición única para esta problemática: "una condición evitable que perjudica el bienestar biopsicosocial del niño (a) y adolescente que puede ser atribuida a la acción u omisión de personas, instituciones u otros". Esta definición tiene la ventaja de ser amplia, permitiendo incluir en ella las diferentes formas de maltrato (intrafamiliar y extrafamiliar) y los diferentes tipos (físico, psicológico y sexual), y, además, permite fundamentar un abordaje integral y multisectorial del problema.

El Ministerio de Salud señala como maltrato infantil a "la agresión física, emocional o sexual contra un niño (menor de 18 años) o la falta en proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello que exceden los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgreda el respeto por los derechos del niño" (Larraín, 1997).

Para efectos del presente seminario de título y considerando el contexto institucional en el cual se encuentra inserta la presente investigación, se estima atinente al desarrollo del estudio, la definición utilizada por el Ministerio de Salud, conceptualización que será utilizada, en la comprensión y análisis del fenómeno social.

2.5.3 Clasificación del Maltrato Infantil

Es importante para efectos de este documento, establecer una división de maltrato infantil desde el ámbito familiar y extrafamiliar. En cuanto a este último corresponde a aquel que se produce fuera del ámbito familiar; puede ser dirigido hacia el niño como individuo o hacia la infancia como grupo. En él se puede incluir: maltrato institucional, explotación laboral y sexual, consumismo, entre otras, puede existir este tipo de maltrato sin que necesariamente haya un contacto directo con el niño por parte de la persona presuntamente "agresora", la definición que se podría aplicar a esta clasificación de maltrato es la señalada para el tipo de maltrato institucional, el cual se define, como cualquier legislación, programa,

procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional o funcionario que conlleva abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viola los derechos básicos del niño”.

Por otra parte, el maltrato intrafamiliar, se produce dentro del hábitat habitual del niño, es decir, en su familia. En este caso, los “agresores” directos pueden ser cualquiera de las personas que conviven con el niño y que tienen a su cargo su educación, formación y cuidado. Sin personalizar ni indicar modalidad alguna, puede decirse que son aquellos que se van instaurando cotidianamente en la vida del niño desde los primeros momentos, sí bien no siempre con la misma intensidad o características. En este tipo es donde realmente se puede hablar de condicionantes personal, familiar y ambiental. En estas situaciones, el niño no suele ser más que un síntoma de una familia desestructurada o desestabilizada en mayor o menor grado, por razones diversas de la interrelación parental, la relación de cada uno de los individuos de la familia, la vida social o laboral de cada uno de los mismos, etc. Este nivel de maltrato tiene repercusión crucial en el desarrollo, independientemente del tipo de “lesión” que presenta el niño, ya que un ambiente desestructurado no es lugar idóneo para la estimulación de un ser en desarrollo.

La presente investigación se encuentra dirigida a abordar el maltrato infantil dentro de su espacio intrafamiliar, escenario en el cual se desarrollan diversas expresiones de maltrato. No por esto se desconocerá el hecho, de que el fenómeno social descrito, posee otras manifestaciones fuera del espacio familiar, las que constituyen graves vulneraciones de derechos, considerándose, por tanto, apropiada su descripción en la siguiente tipología.

2.5.4 Tipos de Maltrato Infantil

Los tipos de maltrato infantil que habitualmente se identifican son cinco, estos hacen referencia a sí las acciones que lo constituyen implican una acción o una omisión, y si tales acciones ponen en peligro la satisfacción de las necesidades físicas o emocionales del / la menor (Arruabarrena, et al, 1994).

Ello puede quedar reflejado en el siguiente cuadro:

Tipología del Maltrato Infantil		
Tipo	Activo	Pasivo
Físico	Abuso Físico	Abandono Físico
	Abuso Sexual	
Emocional	Maltrato Emocional	Abandono Emocional

Fuente: Arruabarrena y de Paúl, 1994.

Además de estas cinco tipologías, existen otros tipos de situaciones que pueden poner en peligro la salud física y/o psíquica del niño/a y el adolescente. Dichas situaciones no han sido contempladas en el cuadro anterior por no ajustarse de manera estricta a los criterios de categorización utilizados. Estas son las siguientes:

- Explotación Laboral.
- Corrupción.
- Maltrato Prenatal.
- Síndrome de Münchhausen por Poderes

Para como comprender y abordar el maltrato infantil, es necesario considerar la presencia de elementos tales como, la intencionalidad de la acción, es decir, el maltrato infantil involucra un acto intencional, no accidental, que es realizado con cierta frecuencia y contempla una intensidad leve, mediana o grave. La valoración otorgada al maltrato infantil, puede variar de acuerdo al grupo etéreo del agredido, el que según su estadio evolutivo, estará expuesto a sufrir mayor riesgo o eventuales daños a corto o largo plazo.

A continuación se presenta la definición de las tipologías más recurrentes utilizadas en la literatura, referente a maltrato infantil:

- **Maltrato Físico:** Definido como "Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño/a, o le coloque en grave riesgo de padecerlo".
- **Abandono Físico o Negligencia:** Definido como "Aquella situación en la que las necesidades físicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que convive con el niño/a".
- **Maltrato Emocional:** Definido como "Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar".
- **Abandono Emocional:** Definido como "La falta persistente de respuestas por parte de los padres / tutores o figura adulta estable, a ciertas señales o expresiones emocionales del niño/a, (llanto, sonrisa, etc.), o a los intentos de aproximación, interacción o contacto hacia dichos adultos". La conducta incluida en esta categoría es la indiferencia, que se refiere al estado de no disponibilidad de los padres/ tutores

hacia el niño/a, es decir, el padre/ madre/ tutor, está preocupado de sí mismo y es incapaz de responder a la conducta y demandas del niño (a).

- **Abuso Sexual:** Definido como "Cualquier clase de contacto sexual con un niño/a menor de 18 años por parte de un familiar / tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre él menor". En este caso se consideran aquellas situaciones en las que él menor es utilizado (a) por sus padres o tutores para realizar actos sexuales, o como objeto de estimulación sexual. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sexual.

Dentro de esta definición de abuso sexual, se destacan las siguientes categorías:

- **Agresión sexual:** Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- **Exhibicionismo:** Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.
- **Explotación sexual infantil:** Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Dentro de explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia, entre estas se encuentran: Tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil, pornografía infantil.

Otros tipos de Maltrato:

- **Explotación laboral:** Definida como aquella situación en que "Los padres o tutores asignan al niño/a con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) con el objetivo fundamental de obtener beneficio económico o similar para los padres / tutores o para la estructura familiar".
- **Corrupción:** Se refieren a "Conductas que impiden la normal integración del niño/a y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas)". Ello puede manifestarse de dos maneras: cuando los padres o tutores facilitan y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas, que impiden la normal integración del niño (a), y/o cuando los padres o tutores utilizan al niño (a) a como "ayuda" o "tapadera" para la realización de acciones delictivas (robos, transporte de drogas, etc).

- **Maltrato prenatal:** Comprende el consumo de drogas o alcohol durante el embarazo, que provocan que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, con síntomas de dependencia física de dichas sustancias, u otras alteraciones imputables a su consumo por parte de la madre.
- **Síndrome de Münchhausen por Poderes:** Este tipo de situación perceptible por el personal médico. Se define como aquellas situaciones en que el padre / madre / tutor, somete al niño/a a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el propio padre / madre / tutor, mediante inoculación de sustancias al niño/a. Por otra parte, el Ministerio de Salud señala los siguientes tipos de Maltrato Infantil (Larraín, 1997):
- **Maltrato físico:** Toda lesión física no accidental, producto de castigo único, o repetido de magnitud o características variables.
- **Maltrato emocional:** Hostigamiento verbal de un niño a través de insultos, críticas, descréditos y ridiculización, así como la indiferencia o rechazo explícito o implícito.
- **Abandono y negligencia en los cuidados:** Falta de protección y cuidados físicos mínimos de parte de sus figuras de custodia, así como el abandono de sus necesidades evolutivas por falta de estimulación cognitiva que no se debe a carencia extrema de recursos socioeconómicos.
- **Abuso sexual:** Toda forma de actividad sexual entre un niño y un adulto, aguda o crónica, incluida la explotación sexual.

Tomando en consideración que el abuso sexual corresponde a un tipo de maltrato que posee características propias, que lo distinguen de otras experiencias de maltrato, esto en cuanto a las causas que originan el acto maltratante, las características que posee el agresor, y las consecuencias que origina en la víctima. Se considera relevante dar cuenta de estas diferenciaciones a fin de lograr una comprensión clara e integral del fenómeno del maltrato infantil.

Para comprender el abuso sexual se deben considerar dos criterios:

- **Coerción:** El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.
- **Asimetría de edad:** El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un "abuso de poder" fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el

chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad. Pero igualmente importante es entender que el "poder" no siempre viene dado por la diferencia de edad, sino por otro tipo de factores. El abuso sexual entre iguales es una realidad a la que no debemos cerrar los ojos. En este caso, la coerción se produce por la existencia de amenazas o por que hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aún así, se consideraría abuso sexual (López, 1996).

De entre todos los modelos etiológicos del abuso sexual infantil, el más aceptado es el modelo elaborado por Finkelhor y Krugman (1984), en el que se describen las cuatro condiciones para que el abuso se produzca, estas condicionantes son: Motivación, superación de inhibiciones internas, superación de barreras externas y, finalmente, superación de la posible resistencia del niño.

En primer lugar es necesario sentir el deseo de mantener relaciones sexuales con un niño. Tres componentes esenciales son la congruencia emocional (contacto sexual con el niño satisface una necesidad emocional importante), la activación sexual (gratificación sexual en las relaciones) y el bloqueo (no haya disponibles otras fuentes de gratificación o son menos satisfactorias). El origen de la motivación, al igual que el de las otras tres precondiciones, se puede explicar a nivel psicológico individual y a nivel sociocultural. Posibles razones psicológicas de la motivación, son un desarrollo emocional deficiente, una reactivación inconsciente de un trauma sexual infantil, la identificación narcisista con un "yo" infantil, el modelado de otra persona con interés sexual por un niño, una necesidad de poder y de control o una anomalía biológica. Explicaciones socioculturales de la motivación son la exigencia de que los hombres sean dominantes y fuertes en sus relaciones sexuales, la utilización de imágenes eróticas de niños en la publicidad, la pornografía infantil y finalmente, la represión de la masturbación y de las relaciones extramatrimoniales.

No es suficiente con que el agresor se sienta motivado, sino que tiene que superar también las inhibiciones internas que bloquean su deseo de relacionarse sexualmente con el niño. Razones individuales de la desinhibición son el alcohol, la psicosis, la senilidad o el fracaso en la represión del incesto dentro de la dinámica familiar. Entre los motivos socioculturales se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por abuso sexual infantil. A su vez se encuentran; una ideología defensora de las prerrogativas patriarcales sobre los hijos, la pornografía infantil, junto a la incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños.

Los factores individuales más importantes que permiten al adulto superar las barreras externas, para cometer un acto de abuso sexual, son; la ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o que este dominada o maltratada por su compañero, el aislamiento social de la familia, la existencia de oportunidades pocas comunes de estar a solas con el niño, la falta de vigilancia del niño y, finalmente, unas condiciones de

alejamiento o dormitorios inusuales. Las explicaciones socioculturales hacen referencia a las barreras contra la igualdad de la mujer y la falta de apoyo social de la madre.

La última precondition se basa en la capacidad que tiene el niño para evitar o resistirse al abuso sexual. Los factores individuales que aumentan la probabilidad de que se produzcan los abusos son, la inseguridad emocional del niño, su ignorancia acerca del tema de los abusos sexuales, una situación poco corriente de confianza entre el niño y el agresor (por ejemplo cuando es el padre) y la coerción. El niño puede evitar el abuso sexual mediante un rechazo manifiesto, contándole inmediatamente a un adulto de su confianza las proposiciones que le han hecho o dando la impresión de que lo haría si fuera necesario. Es importante. Por tanto, evitar todo acontecimiento que haga que el niño se sienta emocionalmente vulnerable y que le lleve a mostrarse receptivo a las propuestas del agresor al no tener en quien confiar. No obstante, esta vulnerabilidad del niño no cumple ningún papel, cuando el agresor hace uso de la violencia. Factores socioculturales son, por ejemplo la escasa educación sexual de los niños y su falta de eficiencia social.

Consecuencias del Abuso Sexual

Síndrome de acomodación	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
1. Impotencia. Los niños víctimas de abuso sexual generan un fenómeno de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos. Poco a poco dejarán de intentarlo siquiera.	1. Físicas: Pesadillas y problemas de sueño, cambio de hábitos de comida. Pérdida de control de esfínteres.	1. Físicas: Dolores crónicos generales, hipocondría o trastornos psicossomáticos, alteraciones del sueño y pesadillas recurrentes, problemas gastrointestinales, desórdenes alimentarios, especialmente bulimia.
2. Mantenimiento del secreto. La manipulación y la amenaza a la que son sometidos les obliga a mantener, sobre todo, en los casos de abuso intrafamiliar una doble vida para mantener el secreto y evitar la revelación.	2. Conductuales: Consumo de drogas y alcohol, fugas, conductas autolesivas o suicidas. Hiperactividad, bajada del rendimiento académico.	2. Conductuales: Intentos de suicidio, consumo de drogas y alcohol trastorno disociativo de identidad.
3. Entrampamiento y acomodación. Si el abuso se prolonga en el tiempo, el niño poco a poco irá asumiendo el papel de pareja del agresor.	3. Emocionales: Miedo generalizado, agresividad, culpa y vergüenza, aislamiento, ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, rechazo al propio cuerpo, Síndrome de stress postraumático.	3. Emocionales: Depresión, ansiedad. Baja autoestima, Síndrome de estrés postraumático, dificultad para expresar sentimientos.
4. Revelación espontánea o forzada. Cuando se llega a la revelación, suele ocurrir con un igual, pudiéndose producirse bien de manera espontánea o bien forzada por un adulto al valorar los indicios.	4. Sexuales: Conocimiento sexual precoz o inapropiado de la edad, masturbación compulsiva, exhibicionismo, problemas de identidad sexual.	4. Sexuales: Fobias sexuales, disfunciones sexuales, falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo, alteraciones de la motivación sexual, mayor probabilidad de ser violadas
5. Retracción. Si no hay una intervención efectiva, incluso habiéndola, la retracción es frecuente, por culpa, vergüenza o miedo.	5. Sociales: Déficit en habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales.	5. Sociales: Problemas de relación interpersonal, aislamiento, dificultades de vinculación afectiva con los hijos, mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja.

Fuente: "Guía de Maltrato Infantil y elementos básicos para su comprensión. PAICABI, 1998"

Por su parte basándose en la teoría Freudiana las características que poseen los agresores sexuales obedecen a dos tipologías, "pedófilos fijados y regresivos". Los primeros, presentan una fijación que se caracteriza por no haber llegado nunca a madurar

psicosexualmente y no haberse relacionado con compañeros sexuales adultos. Presentan una fuerte preferencia sexual por los niños y unas necesidades emocionales pueriles, de manera que desean relacionarse con "otros" niños. Encuentran insatisfactorio el contacto sexual adulto, provocándoles ansiedad y sentimientos de inadecuación las interacciones sociales con otras personas adultas. Por otra parte suelen experimentar escaso malestar por sus acciones y es frecuente que planifiquen minuciosamente los abusos sexuales que cometen con sus víctimas, preferentemente varones.

Mientras los pedófilos regresivos, son personas que han llegado a alcanzar un nivel adulto normal de preferencia sexual por otros adultos, no obstante sufren una regresión que les lleva a implicarse en conductas sexuales con niños, cuando son incapaces de adaptarse ante factores graves de estrés, como el divorcio o la pérdida del empleo. Como las relaciones sexuales con niños contradicen sus creencias sobre lo que debe ser un comportamiento apropiado, estas personas suelen experimentar sentimientos de culpa y remordimientos por sus acciones. Su involucración en el abuso sexual es episódica e impulsiva y lo normal es que sus víctimas sean niñas (Groth, 1982 en Cantón et al, 2004).

Con respecto a los efectos que provoca en la víctima el sometimiento a experiencias de abuso sexual, es posible recalcar un fenómeno importante, el "Síndrome de acomodación al abuso sexual infantil", y que incluye cinco fases, a su vez se presentan un conjunto de consecuencias en el niño/a a corto y largo plazo, las cuales son expuestas a continuación:

2.5.5 Indicadores del Maltrato Infantil

El maltrato infantil a menudo se manifiesta en un ambiente familiar y privado, por tanto, resulta dificultoso detectarlo directamente. En consecuencia sus manifestaciones se revelan a partir de características externas que podrán ser constatadas a través de hechos concretos y observables, denominados indicadores de maltrato.

A continuación se expone un cuadro resumen de estos indicadores (Arruabarrena et al, 1994)

Tipo de maltrato	Indicadores físicos en el niño	Indicadores en el Comportamiento del niño	Conducta del cuidador
Abuso Sexual	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para andar o sentarse. -Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. -Contusiones o sangrado en los genitales extensos, zona vaginal o anal. -Tiene una enfermedad venérea. -Tiene la cerviz o la vulva hinchadas o rojas. -Tienen semen en la boca genital o en la ropa. -Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia). 	<ul style="list-style-type: none"> -Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado. -Tiene escasas relaciones con sus compañeros -Comete acciones delictivas o se fuga -Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales. -Dice que ha sido atacado por un padre/ cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> -Extremadamente protector o celoso del niño -Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia de su cuidador -Sufrió abuso sexual en su infancia. -Experimenta dificultades en su matrimonio -Abuso de drogas o alcohol. -Está frecuentemente ausente del hogar.
Maltrato y Abandono Emocional.	<ul style="list-style-type: none"> -El maltrato emocional, a menudo menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño y del cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> -Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. -Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. -Muestra conductas extremadamente adaptativas, que bien son demasiado de adultos (ej. -Hacer el papel de padres de otros niños) o demasiado infantiles (ej. Mecerse constantemente, chaparse el dedo pulgar, enuresis) -Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual. -Intentos de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Culpa o desprecia al niño. -Es frío o rechazante. -Niega amor -Trata de manera desigual a los hermanos -Parece no preocupado por los problemas del niño. -Exige al niño muy por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas. -Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

<p>Maltrato Físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Magulladuras o moretones en rostro, labios o boca. -Quemaduras de puros o cigarros. -Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en el espiral de los huesos largos (brazos, piernas); fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años. -Heridas o raspaduras: en boca, labios encías u ojos; en genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso. -Lesiones abdominales; hinchazón de abdomen; dolor localizado, vómitos constantes. -Señales de mordeduras humanas (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son recurrentes) 	<ul style="list-style-type: none"> -Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. -Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran -Muestra conductas extremas ej. Agresividad o rechazo extremo -Parece tener miedo de sus padres. -Informa que su padre/ madre le ha causado alguna lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ha sido objeto de maltrato en su infancia -Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño. -No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o estas son ilógico, no convincente, o contradictorias. -Percibe al niño de manera significativamente negativa Ej., lo ve como malo, perverso, un monstruo, etc. -Psicótico o psicópata. -Abusa del alcohol o drogas -Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.
<p>Negligencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e inapropiadamente vestido. -Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño ésta realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo. -Cansancio o apatía permanentes. -Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios necesarios. -Es explotado, se hace trabajar en exceso, o no va a la escuela. -Ha sido abandonado 	<ul style="list-style-type: none"> -Participa en acciones delictivas Ej., vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc. -Pide o roba comida. -Raras veces asiste a la escuela -Dice que no hay nadie que lo cuide 	<ul style="list-style-type: none"> -Abuso de drogas o alcohol -La vida en el hogar es caótica -Muestra evidencia de apatía e inutilidad. -Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. -Tiene una enfermedad crónica. -Fue objeto de negligencia en su infancia

Fuente: Arruabarrena, MI, 1994

2.5.6 Consecuencias del Maltrato Infantil

El daño ocasionado por el maltrato puede ser "grave" si es que se trata de un maltrato constante y habitual, y se transforma en "la forma" en que el adulto a cargo del niño se relaciona con él. Un niño que vive constantemente golpeado o maltratado psicológicamente, tiende a sentir que nadie lo quiere y a pensar que él no vale nada, vive enrabiado, lleno de sentimientos de odio y pena. El maltrato hace que el niño se sienta constantemente negado, descalificado e inútil y él piensa que lo maltratan por que no lo quieren. Y aunque los malos tratos puedan tener a veces una intención de corregir al niño, éste los interpreta como que él no sirve para nada y no puede hacer nada bien (Martínez et al, 1993).

Un niño que se siente rechazado no se quiere a sí mismo, y se vuelve incapaz de querer a los demás. Él, aprende, además, que la única manera de lograr que los otros le hagan caso es a través del uso de la violencia física o psicológica. Algunos niños se vuelven muy temerosos y retraídos, se encierran en sí mismos, y viven en su mundo sin sentirse dignos del cariño de nadie. Un niño con este tipo de reacciones guardará su rabia y amargura por un tiempo, pero frente a cualquier otro hecho de la vida puede explotar y manifestarse más violento que los demás niños. Esa violencia proviene de la rabia guardada, de sentirse poco querido y rechazado

Las consecuencias que implica el fenómeno del Maltrato Infantil al interior del contexto familiar, consideran distintos niveles que se asocian mutuamente, estos niveles contemplan aspectos que van desde lo individual a lo social, relativo esto, a las consecuencias presentes en los niños agredidos y en el agresor, así como también, a los efectos que el maltrato provoca en el ámbito familiar y social (Martínez et al, 1993). Esta perspectiva en cuanto a las consecuencias del maltrato Infantil, otorga una mirada comprensiva desde los distintos actores y contextos involucrados en el problema social, permitiendo reconocer los efectos provocados tanto en el agredido, como en el agresor. Se pueden identificar en el agredido, efectos asociados a la culpabilidad y sentimientos de impotencia, que reflejan el problema social como un acto frente al cual se experimentan sensaciones de desesperanza e indefensión, lo que convierte a este fenómeno en una situación compleja de resolver.

Muchas veces los protagonistas de actos maltratantes, sienten y piensan que sus experiencias de vida están determinadas para continuar tal cual, siendo incapaces de visualizar nuevas alternativas positivas que posibiliten el cambio. Es de destacar que a pesar de lo dolorosa que pueda resultar una experiencia de maltrato, más aún en un niño, existe aquel grupo de niños, que se les podría denominar, "invulnerables", que a pesar de

las experiencias de maltrato de las que han sido víctimas, no manifiestan las consecuencias comunes de otro grupo de niños. La invulnerabilidad a las experiencias de maltrato, podría deberse a características propias de la personalidad y a la presencia de factores de apoyo, elementos que conforman un escenario, en el cual, es más probable hacer frente a la adversidad, y construir una vida positiva a pesar de las condiciones adversas en las que se encuentre desarrollando el niño/a.

A continuación se expone un cuadro resumen de las consecuencias del maltrato infantil, presentes a nivel individual, familiar y social:

Consecuencia individual	Consecuencias familiares	Consecuencias sociales
<p>En los niños (as) agredidos / as</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ambivalencia emocional -Trastornos de conducta -Trastornos emocionales -Sentimientos de desconfianza e hipervigilancia -Sentimiento de desconfianza -Sentimiento de culpa y vergüenza -Problemas escolares -Secuelas físicas -Replicabilidad de las conductas agresivas <p>En los agresores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sentimiento de culpa -Dificultades de comunicación del problema (negación) -Aislamiento del resto de la familia -Baja autoestima e inseguridad personal -Sentimiento de impotencia frente al problema -Síndromes angustiosos -Problemas laborales. 	<p>En el agresor y el grupo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aislamiento de la comunidad -Pérdida de confianza al interior del grupo -Tensión y estrés -Conflictos paralelos entre los miembros 	<p>En los niños (as) agredidos / as:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incidencia en los niveles de delincuencia -Incidencia en el abuso de alcohol y drogas -Incidencia en los índices de deserción y ausentismo escolar -Incidencia en el desempeño laboral -Gasto de recursos en atenciones medicas, judiciales y policiales.

Fuente: "Guía de Maltrato Infantil y elementos básicos para su comprensión. PAICABI, 1998"

A continuación, se profundizará en las consecuencias que causa el maltrato infantil en los niños, niñas y adolescentes, quienes son las víctimas directas de este fenómeno social.

- **Ambivalencia emocional frente al agresor (a):**

Dado que la agresión es recibida de parte de una figura afectiva fundamental para el niño/a y que como tal es la asignataria de las funciones básicas de protección y seguridad, los niños/as maltratados desarrollan sentimientos negativos (rabia, rencor, resentimiento, deseos de venganza) como positivos (amor, necesidad de atención y afecto) hacia ellos (as). Se ven envueltos en la conflictiva de mantener la lealtad afectiva hacia estas figuras que son sus padres y, por otro lado, expresar abiertamente aquellos sentimientos negativos que genera el haber sido violentado por estas mismas personas.

- **Trastornos de la conducta:**

Habitualmente, el impacto emocional que produce la violencia en los niños/as, genera expresiones conductuales diversas, que pueden ir desde un aumento de la actividad del niño/a (hiperactividad), hasta conductas agresivas abiertas hacia sus pares o hacia otros adultos, pasando por la rebeldía, el oposicionismo, la hostilidad, el aislamiento, etc.

El elemento causal de este tipo de manifestaciones, reside en la incapacidad que posee el niño/a, producto de la etapa evolutiva en que se encuentra y de los desarrollos que aún no ha alcanzado, de elaborar su situación de maltrato. Tanto en términos afectivos y cognitivos, de manera tal que le posibiliten el reconocimiento de su situación de víctima y la expresión emocional abierta del conflicto que vive, pudiendo verbalizar sus emociones y deseos.

- **Trastornos emocional**

El nivel de estrés al cual está expuesto un niño/a que vive maltrato al interior de su familia, sumado al daño afectivo concreto que sufre al ser el sujeto de las acciones violentas, conlleva un impacto emocional y afectivo tal, que habitualmente, genera efectos en el funcionamiento y adaptación psicológica del niño/a a corto, mediano y largo plazo. Este tipo de consecuencias se traduce en una serie de manifestaciones de angustia como: alteraciones del sueño, trastornos alimenticios, fobias y miedos inespecíficos, ansiedad manifiesta, tensión, crisis de llanto, entre otros; así como expresiones emocionales específicas, tales como: baja autoestima, inseguridad personal, sentimientos de

desprotección, problemas en el desarrollo de su identidad, retrasos en el desarrollo evolutivo, etc.

- Sentimientos de desconfianza e hipervigilancia:

Un efecto frecuentemente observado en los niños (as) que han sufrido maltrato en forma crónica, es el desarrollo de una actitud hipervigilante y de desconfianza hacia su entorno. Esta manifestación se arraiga en la percepción que tiene el niño/a de su medio como un "mundo amenazante", fuente de agresiones y dolor, del cual, por lo tanto, debe desconfiar y tratar de protegerse para evitar nuevos malos tratos. Esta desconfianza y temor se centra, principalmente, en los adultos, quienes son percibidos como sujetos peligrosos y potenciales agresores. Sin embargo, también se puede generalizar esta desconfianza hacia su propio grupo de pares, con las consecuentes dificultades de integración y aislamiento.

- Sentimientos de culpa y vergüenza:

Producto de las características cognoscitivas que se presentan en la niñez y adolescencia esto es, pensamiento egocéntrico y concreto el niño/a que sufre Maltrato se atribuye a sí mismo la responsabilidad de las agresiones, sintiéndose "culpable por enojar al padre / madre" y, por lo tanto, "arrepentido de ser malo (a)". Esta característica implica una carga emocional de tal magnitud, que tiene un impacto directo en el desarrollo psicológico del niño/a.

- Problemas escolares:

La diversidad de secuelas emocionales que conlleva para un niño/a el estar expuesto (a) a una situación de maltrato y las consecuentes manifestaciones conductuales que acarrea, habitualmente influyen en problemas de adaptación en su medio escolar, de distinta magnitud. Esto, sumado a los efectos cognitivos específicos que se pueden producir en un niño (a) maltratado (a): problemas de atención y concentración, desmotivación y sentimientos de ineficacia, se constituyen en elementos que alteran su desarrollo escolar normal, influyendo negativamente en su desempeño. Debido a esto, frecuentemente un niño/a o joven agredido (a) presenta continuos problemas conductuales, bajo rendimiento o rendimiento oscilante (etapas que alcanza buenas calificaciones y etapas en que estas descienden sin motivo aparente), conflictos con profesores y con los demás compañeros,

por lo cual es calificado como "niño (a) problema", aumentando la conflictiva a la cual está expuesto.

- Secuelas físicas:

La exposición continua a malos tratos físicos, genera alteraciones múltiples en el plano somático, las que van desde cicatrices diversas en el rostro, cabeza, manos, u otros; hasta lesiones de mayor gravedad, tales como: lesiones neurológicas, malformaciones, parálisis, déficit sensorial, daños funcionales, etc.

- 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/a o joven sujeto de las agresiones, posee una alta probabilidad de repetir esta misma conducta violenta, esta vez como agresor. En este sentido, se ha observado que una consecuencia de las experiencias de agresiones en la infancia, es la necesidad de modificar la posición de víctima, que se tuvo en algún momento y transformarse en victimario. Esta posición de victimario puede manifestarse tanto en agresiones dentro del propio grupo familiar como en agresiones hacia la sociedad a través de actos delictivos. En este punto, es importante destacar que no todo sujeto agredido /a se transforma en agresor y que la posibilidad de que esto suceda pasa por que se tengan a la mano otros recursos, que posibiliten la elaboración de la experiencia vivida de una manera mas adecuada.

Se puede señalar que una consecuencia relevante en el desarrollo y formación de un niño, que se encuentra expuesto a experiencias de maltrato, es la elaboración y construcción de un perfil y personalidad condicionada por la experiencia de ser maltrato continuamente, se puede afirmar, por tanto, que los niños van desarrollando una personalidad menoscabada y disminuida con un autoconcepto y valorización personal muy escasos y desvirtuados en relación con la realidad, la continua exposición a golpes y amenazas predispone la conducta del niño a una reacción recelosa y defensiva con respecto a los otros, conformando de esta manera una configuración de su personalidad determinada por su experiencia de vida y el sufrimiento que conlleva el ser maltratado, estas características son reconocidas por las teorías y estudios realizados en relación a la violencia intrafamiliar, como el perfil del niño maltratado, el que se describe a continuación.

Por su parte, Además, la familia, como grupo, vivencia una serie de consecuencias, que valen la pena mencionar, ya que repercuten directamente en la forma en que las familias

interactúan con la comunidad y el grado de vinculación y contacto que establecen con ésta. Dentro de estas consecuencias se encuentran (Material de Difusión del Centro de Violencia Doméstica de la I. Municipalidad de Santiago, 1995):

- Aislamiento de la comunidad:

Se ha observado que las familias que viven violencia se encuentran en una situación de aislamiento respecto a su comunidad, participando en escasas instancias de interacción con su barrio, escuela, grupos comunitarios, trabajo, etc. Este aspecto se ha considerado como elemento asociado a la generación de la violencia al interior del grupo; sin embargo, también constituye uno de los efectos del Maltrato, aumentando su aislamiento inicial. Esta situación, puede ser atribuible a los intentos que realiza el grupo por mantener la lealtad familiar y evitar la posibilidad de alguna acción de intervención, que pudiera alterar la unidad; a que la presencia de violencia en la familia ha mermado los recursos que tiene como grupo para comunicarse en forma efectiva con su entorno, y por lo tanto, para iniciar la búsqueda de posibles alternativas de resolución de la problemática; y/o a la creencia de que ellos son los únicos que viven este terrible problema" y que, por lo tanto, "los juzgarán y castigarán si alguien sabe lo que sucede".

- Pérdida de confianza al interior del grupo:

La presencia de agresión al interior de una familia viola uno de los sustentos básicos de esta unidad social (y por lo tanto premisa fundamental de sus miembros) que es que "la familia es un núcleo de amor, protección y seguridad", que cuenta con "el afecto incondicional entre sus miembros". Cuando esta premisa se "quiebra" con la presencia de Maltrato hacia alguno de los sujetos, especialmente si son niños (as), este contexto de seguridad y protección, pasa a constituirse en un contexto amenazante. Por lo cual se interactúa con la creencia y el temor de que en cualquier instante, por una parte, se puede ser agredido (a) y, por otra, de que existe "permiso" para agredir.

- Tensión y estrés:

La posibilidad de que se produzca una nueva crisis de violencia genera en el grupo familiar altos niveles de tensión y estrés, los que involucran a cada individuo. Es frecuente que las familias comiencen a funcionar cotidianamente con la creencia y temor de que "algo malo puede ocurrir" y a estructurar sus interacciones y actividades sobre la base de esta creencia.

Es así como se presentan conductas tales como dormir vestidos o con un arma cerca de la cama, etc.

- Conflictos paralelos entre los miembros:

Además de la conflictiva específica que se presenta entre el agresor y la víctima, surgen problemáticas entre los distintos miembros: entre los cónyuges, entre los hermanos, etc. Este tipo de secuelas se asocia a los altos niveles de estrés y tensión que vivencia el grupo y que aumentan la probabilidad de roces y conflictos; a la inestabilidad que sufren las interacciones al interior del grupo, y por lo tanto, a los intentos que realizan los demás miembros por restablecer el orden inicial, especialmente cuando hay crisis; y a la replicabilidad de las conductas agresivas que se van desarrollando en una especie de cadena: del padre al hijo, del hermano mayor al hermano menor, de la madre al hijo menor, etc.

2.5.7 Modelos Explicativos del Maltrato Infantil

Existen distintos modelos para explicar el maltrato infantil: (a) teoría del apego, (b) modelo psicológico-psiquiátrico, (c) modelo sociocultural, (d) modelo de la vulnerabilidad del niño, (e) modelo transicional, (f) modelo transaccional, y (g) modelo ecológico. Ninguno de estos modelos da una respuesta cabal a la comprensión del fenómeno del maltrato infantil, no obstante cada uno de ellos entrega elementos relevantes para su comprensión. Algunos de los modelos explicativos cuentan con una exhaustiva explicación teórica, otros en cambio disponen además de estudios empíricos que avalan sus teorías.

En relación con estos últimos, en muchos de los estudios reportados en la literatura no se describen los aspectos metodológicos de los diseños empleados, como así mismo no describen la prevalencia del maltrato infantil que emplean para realizar estimaciones acerca de fenómenos asociados. Tal como lo señala De Paul, dada la complejidad del fenómeno es necesario considerar que ninguno de los modelos por sí solo logra explicar el maltrato, ya que este es la expresión de una disfunción en el sistema padres-niños-ambiente y cultura. (Larraín, 1997)

A) Modelo del Apego:

La teoría del apego, es un modelo que integra la teoría de las relaciones objetales, así como conceptos de la teoría de sistemas, la psicología cognitiva y el procesamiento de la información. De esta forma se plantea que en los humanos, cuando los padres están próximos, son sensibles y responsivos a las conductas de apego innatas de sus hijos, estos

pueden reflejar seguridad y confianza en los otros, así como en los sentimientos que se tienen hacia sí mismos. Con estos fundamentos de "base segura" el niño explora el entorno, las nuevas experiencias y relaciones, esta interacción permite que la persona sea competente en la entrega de cuidado y apoyo. De acuerdo a esta teoría, la conducta de apego se entiende como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido (figura de apego), considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados, como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que persigue a lo largo de la vida adulta hasta la vejez.

La figura de apego posee una gran influencia en el desarrollo del niño (a), a fin de explicar la tendencia de las pautas de apego a convertirse progresivamente en una característica del niño/a, esta teoría recurre al concepto de los modelos operantes de sí mismos y de los padres. Los modelos operantes que un niño construye de su madre y de los modos que ella se comunica y se comporta con él y un modo comparable de su padre, junto con los modelos complementarios de sí mismo en interacción con cada uno, son construidos durante los primeros años de vida y pronto se establecen como estructuras cognitivas influyentes, estos modelos dominan el modo en que el niño se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a el mismo, el modo en que espera que cada uno de ellos lo trate y el modo en que planifica su conducta hacia ellos (Bowlby, 1988 en Cantón et al, 2004).

Una de las variables a la que le ha sido asignado un mayor peso explicativo en la aparición del maltrato se centra en la propia experiencia del padre/madre como víctima de maltrato en su propia infancia. La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia, casi desde los primeros momentos de abordaje del síndrome del niño apaleado (Kempe, 1968 en Martínez et al, 1993).

Desde la teoría del apego, se ha analizado dicha transmisión intergeneracional aplicando el conocido constructo de los modelos internos de funcionamiento. Las experiencias infantiles de maltrato constituirían una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre la base de la relación con la imagen de sí mismo como niño. Se trataría de una relación de tipo narcisista en la que "el hijo se convierte para el padre en un doble de sí mismo en el que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia"; "confrontado (el padre) a una situación que despierta en él un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la situación subyacente es el reproducirlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad interna de su persona" (Crivillé, 1990 en Martínez et al, 1993).

Las alteraciones en el proceso de apego, imposibilitarían regular las oscilaciones extremas entre la cercanía y la evitación, e integrar las emociones y cogniciones experimentadas por el individuo.

B) Modelo Psicológico-Psiquiátrico:

En este modelo se sostiene que el maltrato infantil se consideró como un resultado de padres o cuidadores con trastornos de la personalidad y del comportamiento (Pianta, et al, 1989 en Cantón et al, 2004)

Las primeras teorías basadas fundamentalmente en la experiencia clínica de sus autores, postulaban la relación entre el maltrato infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico-psiquiátrico específico. Así por ejemplo, se pensaba que los padres responsables de los malos tratos se caracterizaban por una personalidad psicótica. En la actualidad los autores admiten que sólo entre un 10% y 15% de los casos de maltrato, los padres abusivos tienen algún tipo de trastorno mental específico (Ammerman, 1990 en Cantón et al, 2004).

Por otra parte, en investigaciones realizadas, se indica que ciertas variables de la personalidad de los padres pueden desempeñar un papel importante en los malos tratos a los hijos. Los resultados de los estudios indican que los padres abusivos, tienen más síntomas depresivos y baja autoestima así como escasas estrategias de afrontamiento de problemas (Morales et al, 1997 en Cantón et al, 2004).

Los estudios empíricos realizados hasta la fecha sobre responsabilidad de los padres en el maltrato infantil, se han centrado en cinco áreas de investigación entre las que se incluyen la personalidad, el alcoholismo y drogadicción, la transmisión intergeneracional del maltrato, la cognición social y las prácticas de crianza.

En cuanto al área relacionada con la personalidad de los padres o cuidadores, se dice que cuando estos adoptan conductas abusivas, se debe ha que son hiperactivos ante estímulos relacionados y no relacionados con el niño, permaneciendo en constante estado de activación fisiológica, en respuesta al comportamiento del niño/a, provocando con esto una mayor reactividad fisiológica e irritabilidad.

Esta teoría dice, además, que los padres maltratadores realizan más atribuciones internas y estables sobre la conducta negativa de los niños y más atribuciones externas e inestables acerca de sus conductas positivas. Los padres con un estilo atribucional de escaso control personal, tienden a encontrar difícil la conducta del hijo/a interpretándola

como amenazadora, provocando un elevado nivel de activación y afectividad negativa que hace más probable la escalda coerciti

Para que se produzca maltrato físico debe haber una previa interacción padre – hijo y la conducta del hijo forma parte necesaria de la misma. Las conductas de los hijos muchas veces son altamente estresantes en el grueso de una relación normal, lo que aparece ocurrir en el caso del maltrato físico es que estas conductas son percibidas de manera distorsionada como provocativas o como mucho más inaceptables de lo normal. También parecen provocar de manera más frecuente un fuerte sentimiento de frustración e incapacidad para ser resuelta lo que parece relacionarse con los déficit en autoestima (Herrekohl, 1983 en Martínez et al, 1993).

Los padres abusivos tienden a evaluar las conductas desobedientes de sus hijos, especialmente las faltas menores como si se fuesen conductas mucho peores o más censurables, así mismo hacen predicciones equivocadas sobre la docilidad del niño tras ciertas faltas y después de haber utilizado diferentes técnicas disciplinarias (Milner, 1993 en Cantón et al, 2004).

Una segunda área investigativa fue el consumo de drogas y alcohol, Murphy, en 1991, analizó el consumo de drogas en una muestra de 206 casos, de maltrato físico o abandono grave y se encontró que en el 43% de al menos uno de los padres existían problemas con el alcohol o drogas. Por otra parte, las madres que habían consumido drogas durante el embarazo informaron altos niveles de estrés en la crianza y conducta del niño/a. Se concluyó, por tanto, que estas adicciones se encontraban fuertemente relacionadas con el maltrato infantil. Especial relación se encontró entre el consumo de drogas por parte de los padres y el maltrato infantil, de manera que los padres drogadictos tenían el triple de probabilidad de maltratar a sus hijos.

En cuanto a la transmisión intergeneracional del maltrato, centra en las interacciones del individuo con la familia de origen y con su familia actual. En este modelo se plantea que hay suficiente apoyo empírico como para establecer una relación entre maltrato o falta de afecto en la niñez y el posterior maltrato de los propios hijos.

En este contexto se produce la repetición de una generación a otra de estos hechos violentos; los malos tratos suelen ocurrir en períodos de crisis y en general se trata de familias con escaso soporte social. De este modo la experiencia de haber sido maltratado físicamente cuando niño, se constituye en un factor predisponente para convertirse en adulto maltratador (Kempe, 1961 en Larrain, 1997).

Desde la transmisión intergeneracional del abuso se plantea que las personas maltratadas en la infancia tienden a generar el mismo tipo de maltrato con sus hijos. Estima una prevalencia de historias de abuso entre padres abusivos de un 56% y entre un 38% de los no abusivos. Este investigador concluye que el riesgo parental de usar una disciplina severamente castigadora se incrementa cuando se tuvo padres abusivos. Sin embargo, existe un 53% de personas que siendo maltratadas cuando niños, no maltratan a sus hijos en la actualidad.

En relación con la cognición social, se establece que un factor desencadenante del maltrato infantil, es el grado de conocimientos que tienen los padres sobre las normas evolutivas de sus hijos, estos conocimientos reflejan unas expectativas más o menos realistas sobre las adquisiciones evolutivas de los hijos. Por ejemplo, se señala que cuando las expectativas de los padres sobre los hijos son irrealistas, esperando que estos adopten conductas maduras absolutamente inapropiadas para la edad del niño (a) surgiría la conducta maltratante

Finalmente las estrategias de crianza están relacionada con "las prácticas" de disciplina que emplean los padres sobre los hijos, donde es más probable que los padres abusivos utilicen practicas punitivas como medio de control sobre sus hijos y recurran a métodos menos racionales, como por ejemplo el castigo físico, para corregir conductas inadecuadas de éstos, además, según esta teoría se pensaba que el empleo de estrategias punitivas o de la retirada del amor, era más eficaz que la inducción (Chilamkurti, 1989 en Cantón et al, 2004).

Datos relativos a las distorsiones perceptivas han servido para la formulación de los modelos cognitivos-conductuales del maltrato físico, según estos modelos, el maltrato físico se produciría tras una secuencia de cuatro fases: en primer lugar, las expectativas inadecuadas con respecto a las secuencias de interacción del niño (a), en segundo lugar la incoherencia existente entre la conducta del niño/a, y las expectativas que se poseen de su conducta, en tercer lugar, interpretaciones extrañas que realizan los padres sobre la conducta del niño/a basadas en la intencionalidad y finalmente una respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño/a. Se trataría en definitiva, de una inadecuación de los padres para la resolución de las situaciones estresantes (Bauer, 1985 en Martínez et al, 1993).

C) Modelo Sociocultural:

En este modelo se enfatizan factores sociales, económicos y culturales que establecen las condiciones para que el maltrato se genere. En este sentido, el pertenecer a una clase social genera tipos de estrés, económico por ejemplo, que conlleva un alto riesgo

de maltrato, puesto que socavan el funcionamiento familiar. Además, la cesantía, la inestabilidad y la insatisfacción laboral que son causa de estrés, pueden desencadenar maltrato hacia los hijos.

Los factores sociales más mencionados por la literatura y que aparecen asociados al maltrato infantil, lo constituyen el desempleo, la pobreza, los problemas de hacinamiento, el bajo nivel sociocultural, eventos vitales estresantes y escasas redes de apoyo, permitiendo esto último el aislamiento social de la familia, el cual puede fortalecer el empobrecimiento social, fortaleciendo la predisposición de una familia violenta (Banyard, 1999 en Cantón, 2004).

El aislamiento social y la falta de apoyo es algo a lo que contribuyen, al menos en parte, los propios padres abusivos no utilizando los recursos comunitarios disponibles, no implicándose en actividades de la comunidad y no discutiendo sus problemas con nadie (Gracia, 1995).

Por otra parte, se ha demostrado que los padres que se encuentran en una peor situación económica se muestran menos sensibles y aplican unas estrategias de disciplina más inconscientes con sus hijos (Conger, 1992 en Cantón et al, 2004).

A pesar de que la pobreza no está inevitablemente unida al maltrato infantil, son muchas las investigaciones que han informado de una relación de la pobreza con el maltrato y el abandono infantil. Por ejemplo los niños de National Incidence Study (1988), pertenecientes a familias de bajos ingresos económicos, tenían cuatro veces más probabilidad de ser maltratados físicamente, y doce veces más de sufrir abandono físico. Cuando los investigadores han utilizado índices indirectos de desventaja económica se ha encontrado una fuerte asociación de la pobreza con el abuso y con el abandono infantil (Zuravin, 1989 en Cantón et al, 2004).

Este modelo considera a los padres como víctimas de las fuerzas sociales, centrándose en las interacciones de la familia con la sociedad y en las consiguientes presiones que debe soportar. En términos culturales, existen aspectos arraigados en las creencias, avalado por los sistemas o modelos educativos e incluso en algunas teorías psicológicas en las cuales se plantea que el castigo se constituye en un medio de aprendizaje (Larraín, 1997).

Se parte del supuesto básico de que en una sociedad en la que se suele estimular el uso de la violencia como medio de resolver conflictos en las relaciones humanas, en la que se ven los niños como una propiedad de sus padres y en la que se acepta el principio de que si no se pega a un niño se malcriará, no resulta sorprendente que los conflictos entre los padres y el niño terminen en maltrato infantil (Belsky 1989 en Martínez et al, 1993).

Los padres castigan físicamente a sus hijos para corregir sus conductas inapropiadas y el castigo físico se ve no solo como un método de disciplina necesario, sino también como una práctica positiva que permite convertir a los niños en buenos ciudadanos (Fray, 1993 en Cantón et al, 2004).

Otro factor importante en la explicación cultural del maltrato infantil, es la actitud general de la sociedad hacia los niños. Concretamente, la creencia de que los niños son propiedad de los padres de la que éstos pueden disponer como consideren oportuno. Difícilmente se podrá eliminar el maltrato si los padres educan a sus hijos en una sociedad violenta, en la que el castigo corporal es considerado una técnica de crianza y la propia paternidad es concebida en términos de propiedad.

D) Modelo de la vulnerabilidad del niño:

En este modelo se expone que ciertas características de los niños los hacen más vulnerables al castigo por parte de sus padres, estas condiciones propias del niño, pueden provocar frustración o estrés en sus padres, por consiguiente, los colocarán en una situación de riesgo de sufrir cualquier tipo de agresión. En una revisión bibliográfica sobre el maltrato infantil se establece que posibles fuentes de maltrato lo constituyen las enfermedades y los déficit de los niños. Los análisis sugieren que los déficit juegan un rol importante en el 47% de los casos de maltrato. Consistente con esto, al mejorar los sistemas de registro de los déficit se encuentra que el 45% de las familias con problemas de maltrato tenían hijos con déficit de aprendizaje, déficit emocionales, retardo mental o handicaps físicos (Knutson, 1995 en Cantón et al, 2004).

Cuando se analiza al niño maltratado se observa en ellos mayores niveles de agresividad, menos responsabilidad o tendencia al rechazo con los contactos afectivos y una mayor prevalencia de déficit atencional con hiperactividad (Herrenkohl, 1994 en Martínez et al, 1993).

En los adolescentes maltratados es común encontrar distimias y desórdenes de personalidad limítrofe o escasas estrategias de afrontamiento (Bolger, 1998, en Cantón et al, 2004). Sin embargo, la información es poco confiable ya que proviene del mismo perpetrador del maltrato (Knutson, 1995 en Cantón et al, 2004); o bien es difícil diferenciar la característica como algo estable en el sujeto o como producto del maltrato (Cohen, 1996 en Martínez et al, 1993).

Otra característica que se debe analizar es la relativa con la edad del niño, los niños de menor edad parecen tener un mayor riesgo de sufrir maltrato, esto debido a que al pasar más tiempo con sus cuidadores dependen más de ellos, por lo que también tienen mayor

probabilidad de desarrollar una conducta frustrante o aversiva con sus padres. El menor desarrollo cognitivo de los niños, los capacita menos para anticipar y evitar los castigos, finalmente el hecho de que los niños pequeños tengan más dificultad para regular sus emociones incrementa la posibilidad de que se utilice la violencia en ellos.

Desde el punto de vista de las relaciones padres e hijos, se sugiere que la propia conducta del niño/a, puede provocar o mantener el maltrato infantil. De hecho algunos indicios señalan que los niños maltratados físicamente presentan mayores conductas disruptivas, los partidarios de este enfoque parten del supuesto de que cuando un padre mal preparado tiene que hacer frente a un niño aversivo, no reforzante, bajo una situación de estrés o frustración, es muy probable que recurra al castigo físico, incrementándose así la posibilidad de ocurrencia de los malos tratos (Whipple, 1991 en Cantón et al, 2004).

E) Modelo Transicional:

Esta teoría se centra en el desarrollo de la conducta abusiva dentro del contexto familiar, es decir, en el proceso por el que los distintos factores identificados van produciendo con el tiempo, una situación de alto riesgo o de abusos. Así mismo analiza los factores compensadores que pueden reducir o alterar el desarrollo gradual de los modelos de abuso (Wolfe, 1987 en Cantón et al, 2004).

El desarrollo del patrón de malos tratos durante la crianza tiene lugar de acuerdo con una transformación gradual en las relaciones padres/hijos, desde unas interacciones normales a otras muy nocivas. Wolfe establece una secuencia de tres estadios a través de los cuales se produce un incremento progresivo de la probabilidad de maltratar a los hijos. La secuencia se inicia partiendo de una primera fase caracterizada por la "escasa tolerancia al estrés y por la desinhibición de la agresión". Durante este estadio tienen lugar diversos acontecimientos estresantes en combinación con una escasa preparación para la paternidad y con unos bajos niveles de control que incrementarían el riesgo de maltrato. Sin embargo, no todos los padres que están en esta situación llegan a maltratar a sus hijos, sino que su conducta dependerá también de la presencia o no de ciertos factores compensadores (apoyo del cónyuge, apoyos y modelos sociales, estabilidad económica y éxito en el trabajo).

El segundo estadio, se refiere a la "escasa habilidad para manejar las crisis agudas y las provocaciones del niño, se caracteriza por la activación emocional condicionada. Los problemas pueden llevar a un manejo inadecuado de las crisis y provocaciones del niño, con la consiguiente intensificación de la cólera, activación y nivel de malestar en los padres. Factores compensadores en este estadio serían la mejora del comportamiento del niño,

habilidades de afrontamiento adecuadas de los padres y la participación en los programas comunitarios para padres.

Finalmente se puede establecer un "modelo habitual de fuerte activación y agresión con los miembros de la familia que perpetúe la utilización de métodos de crianza basadas en la afirmación del poder". Se consideran factores desestabilizadores en este estadio, la habituación del niño al castigo físico, el reforzamiento de la utilización de estrategias punitivas de crianza, y el aumento de problemas en la conducta del niño. Por el contrario pueden actuar como factores de compensación, la insatisfacción de los padres con el castigo físico, la respuesta favorable del niño a otros métodos alternativos al castigo físico y los servicios recibidos de la comunidad.

E) Modelo Transaccional:

El modelo transaccional del maltrato, plantea la existencia de una dimensión temporal y una dimensión de riesgo. En la primera existirían factores permanentes y transitorios y en la segunda dimensión, factores potenciadores y compensatorios (ver tabla 1). En este modelo, las variables que apuntan a la noción de vulnerabilidad, tales como las anomalías físicas y psíquicas, la historia de violencia, la psicopatología de padres e hijos, la carencia de apoyo social, entre otros, son considerados factores permanentes y potenciadores. La relación familiar que se constituye en elemento protector, es un factor compensatorio permanente. Existirían de la misma forma, elementos provocadores, tales como la presencia de enfermedad, problemas familiares, conflictos de disciplina con los hijos; los cuales son considerados como factores potenciadores transitorios y finalmente habría una suerte de variables que actuarían como contenedores, tales como la condición financiera, la armonía marital y las redes de apoyo social, las cuales se constituyen en factores compensatorios transitorios (Cicchetti et al, 1981).

Tabla 1

Modelo Transaccional del Maltrato Infantil		
	Dimensión de Riesgo	
Dimensión Temporal	Factores Potenciadores	Factores Compensatorios
Factores Permanentes	Vulnerabilidad Anomalías Físicas/psíquicas Historia de violencia Psicopatología padres/hijos Características parentales Carencia de apoyo social	Protectores Relación familiar

Factores Transitorios	Provocadores Enfermedad/lesión física Problemas familiares Conflictos de disciplina de los hijos	Contenedores Condiciones financieras Armonía marital Red y apoyo social
------------------------------	---	--

Fuente: Morales y Costa, 1997, en Casado 1997.

Si se pretende comprender la ocurrencia y la forma específica en que se manifiesta los malos tratos a los niños, hay que analizar los factores de riesgo positivo y negativo. De acuerdo con este modelo, los malos tratos sólo tienen lugar cuando los factores potenciadores superan a los compensatorios (Cicchetti, 1981 en Cantón et al, 2004).

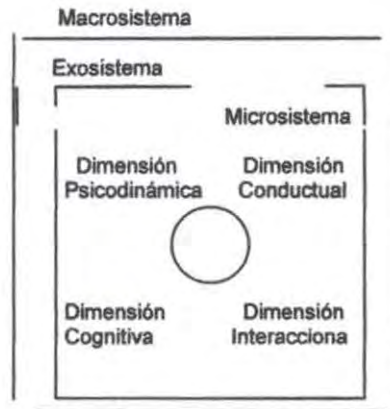
F) Modelo Ecológico:

Es reconocida la existencia de diversos modelos que abordan los posibles orígenes y explicaciones del maltrato infantil. Sin embargo, ninguno de estos otorga una respuesta única a la comprensión de este problema social, es más, se podría señalar que ninguno de estos por si solo otorgaría la respuesta a un problema que de acuerdo a sus características, puede ser abordado desde diversas perspectivas y frente al cual se pueden atribuir diversas causas.

De acuerdo a esto, el presente estudio optará por el modelo ecológico como modelo explicativo, el cual contempla una mirada holística e integral del fenómeno del maltrato infantil, considerando la participación de la cultura, sociedad, familia e individuos, en la aparición, mantención y aceptación de esta problemática social, aspectos que favorecen la comprensión y el abordaje de ésta, permitiendo a su vez organizar el conjunto de factores de riesgo presentes en los diversos contextos de desarrollo humano, logrando una visión mas comprensiva de las circunstancias en las que se manifiestan los diferentes tipos de maltrato y las variadas interacciones de los factores, que impulsan el surgimiento de conductas violentas al interior de las familias. A continuación se detallan las características principales del modelo ecológico y su aplicación al campo de la violencia familiar.

Este modelo fue propuesto por Bronfenbrenner (1979), quien postula que la realidad familiar, social y cultural pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por distintos subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica. Desde una perspectiva ecológica, se necesita considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona (figura 1).

Figura 1.



Contextos de Desarrollo

- **Macrosistema:**

Es el contexto más amplio que se remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular, son patrones generalizados que impregnan los distintos estamentos de una sociedad.

- **Exosistema:**

Está compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad.

- **Microsistema:**

Es el contexto más reducido se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red personal más próxima a los individuos. Dentro de esa red, juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema.

- **Ontosistema:**

Bronfenbrenner propuso este modelo en el ámbito de la investigación del desarrollo humano, con el objetivo de no aislar a la persona del estudio de sus entornos naturales. Para poder adaptarlo al propósito de construir un marco conceptual integrativo, es necesario incluir en el modelo el nivel individual. Este nivel es considerado como un subsistema en el cual se incluyen cuatro dimensiones psicológicas interdependientes, estas cuatro dimensiones deben considerarse en su relación con los distintos sistemas antes definidos (microsistema, exosistemas y macrosistemas).

- La dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.
- La dimensión conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
- La dimensión psicodinámica, que se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente).
- La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.
- El modelo Ecológico Aplicado al Campo de la Violencia Familiar

Los intentos de explicar la violencia doméstica buscan generalmente las causas en factores personales o familiares. Para poder entender integralmente el fenómeno, es necesario salir del esquema estrecho y ubicarse en una perspectiva ecológica. Con el objeto de permitir una lectura más ordenada e integral se presentará a continuación un esquema que representa los distintos sistemas y dimensiones.

Figura 2.



Por otra parte, Belsky (1980) propuso un trabajo que se convirtió, en cierta forma, en la referencia obligada de los modelos ecosistémicos. La integración de variables de diferentes niveles ecológicos fue considerada como aspecto esencial de la explicación del maltrato y abandono infantil.

Este autor recoge los conceptos de Bronfenbrenner: microsistema familiar, ecosistema y macrosistema y añade el concepto de desarrollo ontogénico. Todas las variables que en la literatura sobre el maltrato infantil han aparecido como posibles factores de riesgo se incluyen en cada uno de los niveles ecológicos.

En el nivel del ontosistema se agrupan los aspectos propios del individuo, tales como la personalidad, el estado de ánimo y las prácticas de crianza, el conocimiento con respecto a las características evolutivas del niño y sus necesidades; los cuales a su vez están siendo afectados por la historia de malos tratos; desatención severa; rechazo emocional a la que fue sometido durante su infancia y la historia de desarmonía o ruptura familiar. Se plantean cuatro dimensiones psicológicas interdependientes que forman parte del sistema individual (ontogénico), entre ellas se señalan (Corsi, 1994):

- **Dimensión Cognitiva:** Hace referencia a las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona
- **Dimensión conductual:** Dice relación con el conjunto de comportamientos con los cuales una persona se relaciona con el mundo.
- **Dimensión Psicodinámica:** Se refiere a la dinámica intrapsíquica en sus distintos niveles de profundidad (emociones, sentimientos, etc.).
- **Dimensión Interaccional:** Alude a las pautas de comunicación y relación interpersonal

En el nivel macrosistémico, se incluirían tres tipos de variables: socioeconómicas, estructurales, psicosociales o culturales. Todas ellas derivan de fuerzas y mecanismos no controlables por los individuos particulares, pero que afectan de manera importante a cuestiones concretas de la vida de cada individuo. Entre las primeras se encuentran todas aquellas cuestiones relacionadas con los recursos económicos de una sociedad, la distribución de los mismos, las crisis económicas y las tasas de desempleo, etc. Las variables de tipo estructural se relacionan con aquellos aspectos de organización y funcionamiento concreto de una sociedad o colectivo que afectan las posibilidades de cada individuo de acceder a los recursos de asistencia y de ser protegido por normas y vías en tiempos de necesidad o crisis. El tercer tipo de variables se relaciona con las actitudes y valores predominantes en cada grupo social y en cada momento histórico sobre aspectos de

la forma de educar a los niños, de satisfacer sus necesidades, de comprender el papel de cada miembro de la familia, etc.

El concepto de ecosistema incluye todos aquellos aspectos que rodean al individuo y la familia y que les afectan de manera directa. Debe señalarse que puede darse un efecto bidireccional entre las características de dicho individuo y familia y las características del ecosistema. Se incluyen dos grandes bloques de variables: las relativas al mundo de las relaciones sociales y las relativas al ámbito del trabajo.

En el nivel del microsistema se estudian todas aquellas variables que implican comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear. Se incluyen en este nivel tanto las características psicológicas y comportamentales de cada uno de los padres como las de los hijos. Dentro de este nivel adquiere especial importancia el estudio de la interacción entre ambos padres y la interacción de los padres con los hijos, estas se analizan como el sustrato sobre el que se van instalando las posibles situaciones de maltrato. Determinados atributos de los padres y de su relación en interacción con variables temperamentales y comportamentales de los hijos se entienden como los desencadenantes del maltrato.

Por último, en los modelos ecosistémicos se incluyen las variables relativas al desarrollo ontogenético de los padres. La relación con los propios padres y el tipo de cuidado y atención recibidos en la infancia estarían condicionando o explicando la capacidad para el desarrollo del rol de padre o madre, y la capacidad para cuidar, atender y educar adecuadamente a los propios hijos.

El modelo ecosistémico es útil para organizar el conjunto de factores de riesgo que permiten comprender de manera general e integral las situaciones en las que se producen los diferentes tipos de maltrato, por esta razón las alumnas seminaristas se guiarán en la comprensión del fenómeno social de acuerdo a este último modelo mencionado.

A continuación, se presenta un cuadro integrador de los distintos contextos o dimensiones que forman parte del modelo ecológico (De Paúl, 1998 en Larraín, 1997):

Desarrollo Ontogénético	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
Historia de malos tratos	Madre-Padre: Problemas psicológicos Falta de capacidad empática	Trabajo: Desempleo Insatisfacción laboral	Crisis económica Alta movilidad social
Historia de desatención severa	Poca tolerancia al estrés	Tensión en el trabajo	Actitud hacia la violencia
Rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia	Niño: Prematuro Bajo peso al nacer Apático Temperamento difícil Hiperactivo	Vecindad: Aislamiento Falta de soporte social	Actitud hacia el castigo físico en la educación Actitud hacia la infancia
Ausencia de experiencia en el cuidado del niño	Interacción Madre-Padre-Hijo: Desadaptada	Clase social	Actitud hacia la familia, la mujer, la paternidad-maternidad
Ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades	Ciclo ascendente de conflicto y agresión Conflicto Marital: Desajuste en la relación		
Historia de desarmonía familiar	Estrés permanente Violencia y agresión Nº de miembros en la familia Hijos no deseados		

Fuente: De Paúl, 1998, en Larraín, 1997

2.5.8 Factores protectores y factores de riesgo asociados al maltrato infantil

Son denominados factores protectores aquellos que disminuyen la probabilidad de que se genere el maltrato, modificando la influencia de los factores de riesgo, y aminorando la vulnerabilidad del niño, constituyen elementos de prevención, que reducen la posibilidad cierta de experimentar y ejercer acciones de maltrato y violencia al interior de la familia.

Ciertamente, el ser humano, desde su nacimiento, va formando su personalidad y elaborando estrategias para enfrentarse a la realidad por medio de una constante interacción con el medio ambiente. De la calidad de ese entorno social, depende, en buena

parte, el equilibrio de su vida futura, la sociabilidad y la adaptabilidad a las condiciones ambientales o estresantes.

A continuación se presentara un cuadro integrador de las distintas dimensiones asociadas a los factores protectores del maltrato infantil:

Modelo Sociointeraccional			
Desarrollo Ontogenético (niño/ a)	Microsistema (familia)	Exosistema (sociedad)	Macrosistema (cultura)
-Temperamento fácil. - Buena autoestima. - Buena disposición para la interacción social. -Tendencia a la prosociabilidad y a la cooperación. - Presencia de facilidad creativa. - Buen escolar.	Padre / Madre - Adecuadas figuras de apego. - Estilo educativo democrático. - Disciplina inductiva. - Sensibles a las necesidades del niño. - Ausencia de acontecimientos estresantes. - Adecuada salud mental. - Reconocimiento y estima del niño. - Buena red de apoyo social.	Relaciones - La familia conoce y mantiene una relación estrecha con los profesores y amigos de su hijo o hija.	-Buena situación económica, política y social. - Valoración de la tolerancia, la solidaridad y la protección a los más débiles y necesitados. - Sensibilidad hacia los derechos y necesidades de la infancia.
	Amigos - Tiene buenos amigos, estables recíprocos. -Es querido por sus compañeros. - Historia estable de aceptación.	Valores - Sistema de valores familiar muy parecido al del grupo de iguales y el que predomina en el ambiente escolar.	
	Escuela -Buen ajuste al contexto escolar. - Buen rendimiento académico. -Buenas destrezas en alguna actividad extra-académica		

Fuente: Adaptado de Moreno, 2002

En relación a los factores de riesgo de maltrato infantil, se entienden por estos, a características o circunstancias detectables en relación con una persona grupo o comunidad, que se estima asociada con la probabilidad de sufrir un daño.

Las explicaciones científicas de la violencia han buscado especificar los factores asociados a la aparición, permanencia e intensidad del maltrato infantil, estos factores no son necesariamente la causa del problema, sino más bien son agentes asociados al riesgo de aparición y mantención del problema. Por lo tanto, esto explica que, a mayor cantidad de factores de riesgo mayor probabilidad de desencadenamiento del maltrato.

A continuación se presenta un cuadro integrador que detalla los factores de riesgo asociados al maltrato infantil:

Modelo Sociointeraccional			
Desarrollo ontogenético (Individuo)	Microsistema (Familia)	Exosistema (Sociedad)	Macrosistema (Cultura)
Historia de malos tratos	Padre / madre	Trabajo	-Crisis económica o energética
Historia de desatención severa	Problemas psicopatológicos, (depresión, alcoholismo, drogodependencias.	Desempleo	-Alta movilidad social
Rechazo emocional	Falta de capacidad empática	falta de dinero	-Actitud hacia la violencia:
Ausencia de experiencia en el cuidado del niño	Poca tolerancia al estrés	destronamiento autoestima	-Actitud hacia el castigo físico en la educación
Ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades	Estrategias de coping inadecuadas	estrés marital	-Actitud hacia la infancia
Historia de desarmonía y ruptura familiar		insatisfacción laboral	- Actitud hacia la familia, la mujer, la paternidad, maternidad
		tensión en el trabajo	

Fuente: Belsky, 1980

Tanto, los factores protectores como de riesgo deben ser comprendidos desde sus manifestaciones a nivel individual, familiar, social y cultural, la presencia de estos agentes integrados o por sí solos, conforman la base que da impulso o aminora el surgimiento de conductas violentas.

Desde una perspectiva ecológica, se propone, que no es posible limitarse a una sola dimensión asociada a los factores de riesgo y de protección del maltrato infantil, sino que se deben contemplar diferentes aspectos relacionados con el nivel individual, familiar social y cultural.

A mayor cantidad de factores de riesgo presentes en la familia existiría mayor probabilidad de experimentar episodios de maltrato infantil, lo que repercute en el desarrollo biopsicosocial de cada uno de sus miembros, alterando, además, la relación de estos con su entorno social.

El desarrollo biosicosocial se encuentra íntimamente ligado a satisfacción de necesidades humanas, se podría decir, quizás, que las necesidades humanas fundamentales son atributos esenciales que se relacionan con la evolución; Y que se van modificando de acuerdo a esta, es decir a ritmo sumamente lento, (Max-Neef, M, 1986).

Desde la Psicología de la salud, el desarrollo biopsicosocial es un concepto que se define como el completo estado de bienestar auto percibido y se refiere al adecuado funcionamiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo (Oblitos, 2006).

El concepto de salud ha sido redefinido en términos más positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social. Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicosociales.

Los estados psicológicos que influyen en nuestra salud, tales como los sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en el bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudar a tratar situaciones problemáticas. Existen evidencias científicas que indican que la salud está profundamente influida por la conducta, pensamientos y relaciones sociales. Es acá donde cobra una especial importancia la familia, siendo ésta el núcleo social en el que se desarrollan los individuos.

El desarrollo holístico del ser humano, involucra no sólo aspectos fisiológicos sino además aspectos que están relacionados con la conducta. La mayoría de las veces se nace con buena salud, y se enferma como resultado de una conducta inadecuada, las cuales se adoptan y surgen de acuerdo a las experiencias de vida, principalmente las que se dan en la familia.

Fruto de lo anterior, los factores psicológicos han pasado a un primer plano, ya que los principales problemas de salud actuales, están estrechamente relacionados con el comportamiento humano. La familia se constituye, por tanto, en el espacio y grupo social primario en el que se socializan las personas, desarrollan su personalidad y forman la conducta. El bienestar biopsicosocial de cada uno de los integrantes de la familia se garantiza a partir de la satisfacción de necesidades básicas, cuando estas no son satisfechas, reflejan el resultado de una conducta familiar caracterizada por la despreocupación y el desamparo hacia sus miembros.

2.6 La Familia como Sistema Social

La familia es el sistema social básico donde las personas se desarrollan biosocialmente, la unidad más próxima y cercana a los individuos, el núcleo donde se socializan y adquieren valores, creencias y normas. Además, se considera como el contexto social en que se desenvuelven los niños, el cual se configura por elementos materiales como por elementos actitudinales y psicosociales que los adultos mantienen hacia la población, y estos elementos son los que permiten dar los parámetros para determinar el nivel de calidad de vida.

La familia puede ser considerada, tanto un espacio que posibilita crecer a sus miembros y desarrollar sus capacidades, su potencial y habilidades necesarias para lograr su autonomía, como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenaza, violencia y abusos sexuales. En el mismo crisol se hacen y deshacen los nudos de los lazos familiares y se conjugan sentimientos positivos y negativos, así poco a

poco se realiza la alquimia de la construcción de la identidad y de la individualización, o bien la in diferenciación y alineación (Perrone, 1997).

Es en este escenario donde circulan nuestros afectos mas grandes y emergen los sufrimientos mas intensos, estas características nos dan cuenta, de que la familia como sistema social es un organismo complejo constituido por un conjunto de partes que están íntimamente relacionadas para cumplir un objetivo común, que es el desarrollo de sus miembros. Esta posee una estructura informal que se define en función de sus objetivos, y una estructura más formal con relación a la posición de los miembros en el sistema.

En otras palabras, la familia es una complejidad organizada compuesta de subsistemas en mutua interacción, por lo tanto, se verá afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes del sistema y el sistema total, que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada. Y a la inversa, si el sistema familiar no esta funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia (Preister, 1981).

Esta compleja maquinaria denominada familia, se encuentra constituida por un conjunto de elementos que interactúan y funcionan de manera interdependiente, estos componentes, podrían identificarse como cada sistema y subsistema que conforma la gran estructura familiar, "esta estructura es la encargada de levantar y mantener el funcionamiento del sistema a partir de tres elementos fundamentales que rigen la vida familiar y que se encuentran en continua evolución"(Quintero, 1999). Estos tres elementos son los siguientes:

- **Comunicación:** Cada familia define un modelo para comunicarse.
- **Roles:** Se establecen las responsabilidades y se ordenan las relaciones dentro de la familia.
- **Normas:** Garantizan el cumplimiento de los roles, y son una manifestación de los valores familiares. (principios que orientan la acción)

Los elementos y principios fundamentales que orientan la teoría sistémica han sido adaptados a la dinámica familiar, constituyéndose estos de la siguiente forma:

- **Suprasistema:** Corresponde al medio que rodea a la familia, vecindad, región, país, mundo etc, la familia establece limites con sus suprasistema, pero esos limites deben permitir que sus individuos se realicen y puedan cumplir con alguna

necesidad de la sociedad, por lo cual el sistema no debiera ser cerrado ni demasiado influenciado.

- **Subsistemas:** Cada miembro de la familia es un subsistema que pertenece a uno mayor y a la vez cada miembro de la familia en conjunto con otro u otros forman subsistemas familiares diferentes, como el subsistema conyugal, conformado por el matrimonio que comparte el mismo techo, el subsistema parental, conformado por las relaciones entre los padres y sus hijos y el subsistema fraternal, aquel conformado por la reunión de los hermanos, estos subsistemas se definen como un tipo de agrupación constante en la familia.
- **Limites:** Todo sistema familiar coloca límites claros para que sus cambios sean adecuados, los límites pueden ser individuales, es decir el que coloca cada integrante de la familia con otro a modo de mantener el espacio y la individualidad, los límites generacionales, son los que establecen los propios subsistemas con el resto de ellos (parental, conyugal, fraternal), y se encuentran los límites familia y comunidad, que constituyen las demarcaciones entre la familia el entorno, manejando así, lo que puede ingresar

La teoría de sistemas se fundamenta en determinados principios, y estos han sido aplicados y adaptados a la comprensión de la realidad familiar, estos principios son los siguientes:

- **Totalidad:** El todo es más que la suma de sus partes, lo que afecta a un miembro de la familia, afecta a todo el sistema.
- **Comunicación:** Es la forma como interactúan los componentes del sistema, y establecen a su vez relaciones con el suprasistema, la información que se intercambia puede inducir a cambios al interior del sistema (retroalimentación positiva), o bien mantenerlo (retroalimentación negativa)
- **Causalidad Circular:** El proceso familiar es circular, no tiene causa y efecto tampoco fin, lo que sucedió en el, pasado influye en el presente, ningún miembro en particular pasa a ser culpable de algo, ya que todos los integrantes están vinculados en esta circularidad de hechos.
- **Objetivo:** La meta familiar sería la sobrevivencia y la realización de cada uno de sus miembros la tendencia a luchar por conservar la especie.
- **Protección:** Este principio se orienta la búsqueda de equilibrio aquel que permita a la familia lograr y sostener la estabilidad tanto interpersonal como intrapersonal.

Para que una familia sea funcional, su foco no debe estar solamente en su propio sistema interno. El sistema familiar existe dentro de un suprasistema (espacio vital o ambiente) que a su vez puede ser subdividido en ambiente próximo de la familia, como parientes y grupo de amigos, la vecindad y la comunidad, y un ambiente más remoto, la región, la nación y el mundo.

El adecuado funcionamiento de la familia depende de la claridad de las fronteras y de la capacidad del sistema para adaptarse a los cambios circunstanciales, lo que requiere suficiente flexibilidad y recursos. Una familia será capaz de hacer las acomodaciones necesarias, aun cuando experimente stress, utilizando para ello fuerzas extrafamiliares, transacciones en su evolución, etc.

Si la familia logra su adecuada reestructuración puede proseguir su desarrollo propio y el crecimiento de sus miembros. Una familia se torna disfuncional cuando no es capaz de responder adecuadamente al stress y sus posiciones de estatus no están claras, por lo cual responden intensificando la rigidez de sus fronteras y transacciones familiares, rehusándose a considerar alternativas (Minuchin, 1997). A continuación se presentan en una tabla las funciones, disfunciones y los problemas que puede manifestar una familia como consecuencia de un inadecuado funcionamiento.

Funciones Individuales dentro del Sistema Familiar

Funciones	Disfunciones	Problemas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vinculación íntima y permanente entre los miembros de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evasión de roles parentales. ▪ Inmadurez e inestabilidad emocional y afectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convivencia inestable. ▪ Relaciones ocasionales. ▪ Poligamia. ▪ Desintegración familiar.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar nociones diferenciadas de la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia o distorsión del rol educador de los padres frente a la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de preparación de los padres. ▪ Sobreprotección.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulación y control del impulso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anormalidad en la relación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones sexuales. Indiscriminadas. ▪ Prácticas de incesto. ▪ Homosexualidad. ▪ Violaciones. ▪ Relaciones sexuales precoces. ▪ Desviaciones sexuales.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crianza y, manutención biológica y psicológica de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración o ausencia de la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desnutrición. ▪ Alimentación inadecuada. ▪ Falta de cuidados. ▪ Carencia o insuficiencia de ingresos. ▪ Hacinamiento. ▪ Promiscuidad. ▪ Vivienda insalubre. ▪ Falta de integración con el grupo. ▪ Falta de estimulación.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neutralidad afectiva y/o rechazo a los hijos. ▪ Pensamiento mágico e ignorancia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Socialización de los hijos según pautas culturales de la familia y la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencia o transmisión distorsionada de modelos, en relación a normas y valores. ▪ Falta de integración a la familia y la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelos negativos de comportamiento. ▪ Ausencia de pautas culturales. ▪ Ignorancia. ▪ Imposición de patrones rígidos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración del control social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de conciencia de la importancia de este. ▪ Castigos exagerados. ▪ Ausencia de sanciones. ▪ Sobreprotección familiar. ▪ Indiferencia y ausencia ante conductas desviadas.

Fuente: Jorge Gissi, artículo revista de Trabajo Social N° 47, 1985

Considerando lo anterior, es fundamental el límite de la familia con su espacio vital, ésta debe poder distinguir entre sí misma y los "de afuera", o de lo contrario su autoidentidad, y su existencia como sistema se vería afectado. Sin embargo, el sistema familiar se compromete en intercambio vital con su ambiente y en este intercambio con el exterior, establece límites que le permiten establecer una constante retroalimentación entre el ambiente intrasistémico y el extrasistémico.

Salvador Minuchin define algunas familias según los límites que estas establecen:

- **Familia Normal:** Posee límites definidos, se expresan ayuda mutua, facilitan la autonomía de sus miembros, manifestando flexibilidad en las acciones
- **Familia Sobreprotectora:** Posee límites difusos, existente bastante sobreprotección entre sus miembros, no se desarrolla la autonomía, se invade el espacio del otro, pero se hace manifiesta la incondicional solidaridad.
- **Familia disgregada:** Posee límites rígidos, con escasa comunicación entre sus miembros y excesiva independencia de esto, no se presenta el sentido de pertenencia, ni el cooperativismo, en este sistema al existir baja interacción no se estimula el cambio.

Las familias pueden transitar por estas tres categorías familiares, según la etapa del ciclo vital que se encuentren experimentando.

La vida familiar se encuentra regida por patrones y reglas en continua evolución, la estructura familiar, por tanto, no se mantiene estática, y se modifica de acuerdo a los tipos de comunicación familiar, el estilo de relaciones de acuerdo a los roles y el ejercicio de las normas, las que garantizan el cumplimiento de los roles. La estructura familiar, por tanto, se mantiene debido a la interacción de estos tres elementos.

Un sistema debe tener una estructura tanto para sobrevivir como para cumplir sus metas y funciones. Como en todos los sistemas sociales, la estructura de la familia es la organización de relaciones. Esta estructura de relaciones, en la familia puede conceptualizarse como los siguientes subsistemas familiares:

- **Subsistema Conyugal:** Se define como el conjunto de transacciones e interacciones entre los miembros de la pareja. Es el primero de los subsistemas ya que se crea cuando un hombre y una mujer se unen en matrimonio o deciden establecer una relación de pareja. Los problemas mas comunes que este subsistema debe enfrentar, especialmente durante los primeros años de formación, son poder lograr el desarrollo de una intimidad, sin que esto perjudique o reduzca la individualidad de cada uno de sus miembros, Este subsistema es importante dentro del sistema familiar, debido a que como funcionan los padres es como se desarrollan los hijos y dependiendo de la forma como ellos se organicen va a ser el desarrollo familiar y la marcha del sistema total.
- **Subsistema Parental:** Es el conjunto de transacciones e interacciones de crianza, educación y socialización de los hijos. Los problemas más relevantes de este subsistema son los antagonismos que se producen en algunos intereses de los hijos y roles de los padres, y los modelos de socialización que se establecen dentro de la familia.
- **Subsistema Fraternal:** Esta constituido por el conjunto de transacciones y relaciones entre hermanos. Es importante porque constituye el lugar más propicio donde los hermanos en relación con sus pares y en su ambiente protegido tienen la oportunidad de experimentar una serie de conductas para el desarrollo personal.

2.6.1 Tipos de Familia

En cuanto a las tipologías existentes con respecto a la familia, es posible clasificarla desde el punto de vista de la composición, que pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad, entre estas se consideran (Comisión Nacional de la Familia, 1994):

- Familia nuclear:
 - Familia Nuclear: Integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
 - Familia Nuclear Simple: Integrada por una pareja sin hijos.
 - Familia Nuclear Biparental: Compuesta por ambos padres y sus hijos.
 - Familia Nuclear Monoparental: Compuesta por uno de los padres y sus hijos.

También se puede distinguir, dentro de esta categoría, la familia reconstituida que es aquella formada por una pareja, con o sin hijos comunes, que integran hijos de uniones conyugales o consensuadas de uno o ambos miembros de la pareja

- Familia extensa:
 - Familia Extensa: Integrada por una pareja o uno de esos miembros, con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.
 - Familia Extensa Simple: Integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros, parientes o no parientes.
 - Familia Extensa Biparental: Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.
 - Familia Extensa Monoparental: Integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos y por otros parientes
 - Familia Extensa Amplia (o familia compuesta): Integrada por una pareja o por uno de los miembros de esta, con uno o más hijos y por otros miembros parientes o no parientes.

2.6.2 Funciones de la Familia

Sea cual sea el tipo de familia, comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con lo que el grupo familiar hace, es decir, con las funciones que desempeña. Lo peculiar de la familia está relacionado: con reproducción en su interior, la transmisión y recreación de la cultura, y una función de intermediación entre la persona y la sociedad. Desde esta perspectiva, la familia mantiene y proyecta la vida humana y se constituye en una especie de interprete de requerimientos y aportes de las personas hacia la sociedad, y desde la sociedad a las personas (Comisión Nacional de la Familia, 1994).

A continuación se hará referencia más detalladamente a cada una de estas funciones, que en conjunto, realizan la tarea de intermediación entre la persona y la sociedad:

- La familia como formadora de la identidad personal: El desarrollo de la identidad personal, en cuya formación la familia cumple un rol propio, se inicia cuando el individuo comienza a ser conocido y distinguido por su nombre por primera vez, esto permite que sea posible la relación de la persona con los distintos ámbitos de la sociedad, del mismo modo como regula el ritmo en que se incorporan o asumen las valoraciones que proporciona la sociedad.
- La familia como núcleo básico de la socialización primaria: La socialización es comprendida como un proceso a través del cual los seres humanos internalizan un conjunto normas y reglas que incorporan a su repertorio de acciones en la vida cotidiana. La socialización Primaria, es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad, se da en los primeros años y se remite al núcleo familiar. Estas se caracterizan por una fuerte carga afectiva y depende de la capacidad de aprendizaje del niño, la cual varía a lo largo de su desarrollo psicoevolutivo. El individuo ha de ser, lo que los otros significantes lo consideren. Sin provocar problemas de identificación, la socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura el individuo es miembro efectivo de la sociedad en la cual se inserta. La socialización Secundaria es entendida como cualquier proceso posterior que incluye al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad, corresponde a la internalización de submundos institucionales o basadas sobre instituciones. El individuo descubre que el mundo de sus padres no es el único. La carga afectiva es reemplazada por técnicas pedagógicas que facilitan el aprendizaje, se caracteriza por la división social del trabajo y por la distribución social del conocimiento (Berger et al, 2006).

Se reconoce a la familia la capacidad de socializar valores y pautas de comportamiento, en lo que se refiere a lo cognitivo, a lo ético y a lo estético. Desde la familia se aprende el significado de lo que son las cosas, la bondad o maldad, etc, realizando la función de introducir al hombre en la sociedad.

- La familia como sustrato de la reproducción: La familia es la productora y principal encargada de conservar y acrecentar el capital humano de la sociedad. Ha llegado a constituirse como esa combinación específica de un arreglo biológico y un arreglo cultural, mediante el cual la vida se mantiene, transmite y proyecta.
- La familia como unidad económica: La función económica de la familia varía según las etapas del ciclo vital, hay etapas en que las familias, están cumpliendo en forma central su función socioeconómica, lo que permite la formación de los actores sociales del

futuro, la calidad de este futuro dependerá de la satisfacción de necesidades básicas, tales como el alimento, techo, salud, vestimenta y otros.

- La familia como transmisora de la afectividad: La familia constituye la base de la afectividad cuya importancia es fundamental para el desarrollo equilibrado de la persona. Ésta surge de la relación armoniosa y equilibrada de sus miembros, y se transmite a los descendientes a través del ejercicio de la parentalidad.
- La familia como agente de crianza y educación: La manera de criar tiene un efecto decisivo sobre el comportamiento que tendrán los niños/as cuando sean adultos. Como resultado de ello cada individuo es producto de su cultura y los padres son los canales por los cuales se recibe el mensaje cultural social. Estas capas de estructura social, de base ecológica, fijan a su vez los parámetros para la crianza; la subsistencia determina la composición del hogar, lo cual modela los estilos de los padres, estos, a su vez, modelan la personalidad.

Se aprende a ser padre siendo hijo, y a pesar de más esfuerzos conscientes por actuar de otro modo distinto al que actuaron los padres, se filtran esas viejas etnoteorías parentales. Una vez que se empiezan a acumular datos de otras culturas, resulta evidente que cada región y cultura no sólo se comporta de modo distinto sino que también piensa de manera distinta (Small, 1999).

Las pautas de crianza son consensuadas y tienen tal aura de credibilidad, se basan en su mayoría en una mezcla de tradiciones, sabiduría popular con un toque de ciencia. Se sabe que el consejo de los padres tiene un contexto social cultural y científico, como todo lo que la gente dice y hace. Muchas de las últimas investigaciones señalan que las causas por las cuales un padre o una madre presentan problemas en el control de impulsos y en el castigo físico, no son las mismas por las cuales una madre no provee de cuidados básicos o los expone al abandono. Las causas que conducen a los padres a un acto de maltrato de determinado tipo, muchas veces no están claras, pero sí se puede señalar que el maltrato infantil puede ser entendido como un síntoma de disfunción en un complejo ecosistema con muchas variables interactuantes (Martínez, et al, 1993).

La familia es un lugar de encuentro y de desarrollo de los vínculos profundos que posibilitan al hombre hacerse cargo de sí mismo, de los otros significativos y del mundo en el que vive. Una familia que acoge y entrega afecto a sus miembros, posibilita el aprendizaje del propio cuidado y del cuidado y protección de aquellas personas a quienes ama (Reyes, et al, 1997).

Las actitudes humanas, es decir, los estilos y formas de vida más arraigadas en el ser humano, se adquieren en el ambiente familiar, puesto que es ahí donde se forma el tejido básico del actuar humano. El control social es uno de los mecanismos utilizados por la familia para mantener el orden y organización de esta, toda familia trabaja con un sistema normativo valórico implícito o explícito, dichos sistemas se encuentran íntimamente ligados con el concepto y noción de poder.

Max Weber señala al poder, como "capacidad o probabilidad que una persona, un grupo tiene de influir en la conducta del otro". Estos sistemas de control pueden ser de carácter positivo (refuerzo del comportamiento), negativo (sanciones), y persuasivo (señala razones por las cuales un comportamiento no es adecuado, implica razonamiento). Dentro de los mecanismos de control social negativos se encuentran:

- **Castigo Físico:** Expresado en relaciones, parentales, conyugales y fraternales. El castigo físico ha sido utilizado históricamente para corregir un comportamiento en apariencias inadecuado para alguien, la educación correctiva contempla una variedad de castigos, desde quedarse sin comida, encerrarse en el dormitorio, pedir perdón, etc. dentro de los castigos físicos se señala: el de aplicaciones corporales, como golpes, cachetada y azote (Cieza, 1989).
- **Elementos Frustrantes:** Expresado en el maltrato Psicológico, a través de insultos y descalificaciones. Es utilizado en algunos casos las amenazas de supresión del cariño, como una forma de castigo que afecta emocionalmente (Cieza, 1989).

2.6.3 Los modelos de crianza y educación

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, esta puede ser considerada como un grupo social primario que, al menos cumple funciones básicas de reproducción de la especie y de transmisión de la cultura a las nuevas generaciones (Corsi, 1994).

Una de las funciones de la familia dice relación con la transmisión intergeneracional de la cultura, la que permite que los estilos de vida y modelos de crianza se reproduzcan en futuras generaciones. Dentro de los modelos de crianza se pueden señalar; el Modelo Subsistencial, el que consiste en mantener los niveles mínimos con relación a la satisfacción de necesidades básicas de los hijos, como la alimentación, educación, vestuario etc., las condiciones precarias de las familias obligan a los niños a crecer en las peores condiciones ambientales, higiénicas, y alimentarias, se terminan convirtiendo en niños

adultos a la fuerza, recordando a futuro su infancia con dolor y amargura, este modelo de crianza es imperante en las familias que viven en contextos de pobreza y extrema pobreza.

Por su parte el Modelo Suprasubsistencial, comienza a surgir, cuando se experimenta mayor preocupación por parte de los adultos hacia el mundo de los niños, esta preocupación fue impulsada por grupos sociales, como las iglesias, tribunales de menores, instancias para las cuales la preocupación no sólo estaba centrada en la satisfacción de necesidades básicas, sino también en la necesidad de formar niños moralmente aptos y de buenas costumbres, para trabajar y convivir en sociedad (Cieza, 1989).

Con respecto a los modelos educativos existentes, se encuentran la educación preventiva-informativa, la formativa y la educación correctiva, con respecto a este último modelo se puede señalar, que es el tipo de educación que históricamente ha sido utilizada por los progenitores y cuidadores con el objetivo de guiar y orientar el comportamiento de los niños y niñas. La educación correctiva adopta matices según el grado de violencia utilizado por los adultos, en algunos casos el castigo puede consistir en la supresión de algún beneficio, o alimento, en otros casos la amenaza de supresión del afecto es utilizada con el fin de intimidar al niño y que corrija la conducta indeseable, el castigo de aplicaciones corporales, como el golpe y cachetada corresponde a aquel tipo de castigo que utiliza la fuerza para lograr el entendimiento (Cieza, 1989).

Son especialmente las sanciones físicas un modelo educativo extremadamente riesgoso ya que al momento de ser utilizadas, difícilmente se controla y se puede establecer en el acto punitivo, la diferenciación presente entre un simple castigo y el maltrato físico, ya que la valla existente entre estos dos actos, en la práctica es casi inexistente.

2.6.4 Dinámica Familiar

A fin de obtener una perspectiva más panorámica de la vida familiar se abordará la dinámica familiar desde el Modelo Circumplejo (Olson, 1979), ya que da la posibilidad de integrar teoría de sistema y desarrollo familiar. A través de esta tipología es posible encontrar muchas características que constituyen los elementos más relevantes de la familia chilena, y puede anticipar y describir un conjunto de aspectos necesarios para una asertiva comprensión y evaluación diagnóstica de ésta.

La dinámica familiar se define como un sistema de intercambio en las interacciones familiares, específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. La dinámica familiar a su vez involucra la habilidad del sistema familiar para combinar su

estructura de poder, sus roles, y sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo. Las características de la dinámica, variaran de acuerdo a las etapas del ciclo vital en que se encuentre la familia, donde cada etapa involucra ciertas exigencias a sus miembros que modifican sus condiciones de autonomía y pertenencia al grupo social.

El Modelo de Olson (1979) facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en sus tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Este modelo fue elaborado con la motivación de buscar criterios claros e instrumentos validos, confiables y fácilmente manejables en el trabajo con familias, de esta manera permite establecer diversas hipótesis de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros.

La adaptabilidad es definida como la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, los roles y las reglas de relación, en respuesta al desarrollo evolutivo vital de la familia o en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones concretas (Olson, 1989). La adaptabilidad es entendida también como el grado de flexibilidad y apertura para el cambio del sistema familiar (Jaes, 1991).

Esta variable comprende los siguientes elementos: Asertividad, control, disciplina, negación, roles, reglas y sistemas de retroalimentación. El comportamiento que asumen éstos en su conjunto permiten distinguir cuatro niveles de adaptabilidad en un continuo de alto a bajo que dan origen a diferentes tipos de familia, las cuales son:

- **Familia Caótica:** Se caracterizan por la falta de responsabilidad y porque no han sido capaces o no han sabido establecer límites familiares. Estas familias no tienen valores explícitos y por lo mismo no hay una demanda hacia los hijos por la observancia de determinadas reglas, la disciplina, por tanto, se vuelve muy poco severa, habiendo inconsistencia en sus reglas y normas básicas, debido a que cambian permanentemente, otorgando, por tanto, escasa estabilidad al sistema. Existe una falta de claridad en los roles, y alternancia e inversión de éstos. Estas familias transmiten poco apoyo y seguridad a sus miembros, generando problemas de baja autoestima en los hijos, ya que al no tener estos en que apoyarse, se ve afectada la confianza en sí mismos y la seguridad personal.
- **Familia Flexible:** El liderazgo ejercido por los padres es democrático, éstos reconocen que en algunas áreas los hijos pueden ejercer algún liderazgo. Existe la posibilidad de cambiar los planes familiares y hay también una mayor apertura a las negociaciones. Los padres ponen ciertos límites en torno a lo cual se pueden planear situaciones que son susceptibles de negociar.

- **Familia Estructurada:** Se caracterizan por ser organizadas y centradas en sí mismas. El liderazgo corresponde exclusivamente a los padres. Las responsabilidades están claramente definidas y las normas básicas explicitadas. El ambiente familiar es muy protector para sus miembros.
- **Familia Rígida:** Se caracterizan por las excesivas responsabilidades de los padres, ellos establecen normas y reglas inflexibles que deben ser acatadas rígidamente, existe una estricta observancia a los valores y cualquier miembro que no los comparta es visto como amenazante. La disciplina es estricta y autocrática, son los padres quienes imponen decisiones, no existe, por tanto, la discusión de los miembros al momento de tomar decisiones o establecer acuerdos, son por lo mismo poco auténticos, con escasa espontaneidad y alegría.

Como la segunda variable del modelo circumplejo, la cohesión es definida como, "El conjunto de toda la afectividad, intimidad y el significado que constituyen la esencia de las relaciones familiares. Los elementos que constituyen esta variable son: vínculo emocional, independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio" (Olson, 1989). La cohesión familiar tiene que ver con el grado de separación o conexión de un individuo con respecto a su sistema familiar (Jaes, 1991).

El modelo establece cuatro niveles de cohesión familiar que representan un continuo de alto-bajo y que permiten clasificar y tipificar a la familia en cuatro tipos, estos son:

- **Familia Aglutinada:** Sus miembros están excesivamente involucrados unos con otros y existe un alto grado de dependencia. El grado de privacidad es mínimo, la mayor parte del tiempo pasan juntos. No se aceptan amigos individuales, se prefieren los amigos de la familia. Sus límites son muy difusos y todos saben mucho de todos. El problema más grave de estas familias, es que inhiben el desarrollo de sus miembros en términos de autonomía e identidad personal. Todas las decisiones tanto personales como grupales deben ser tomadas en familia.
- **Familia Unida:** Existe una moderada dependencia entre sus miembros, los límites externos son semiabiertos y los límites generacionales son claros. El espacio familiar se distingue del espacio privado. Con relación a los amigos se aceptan los individuales y comparten actividades familiares y separadas. Las decisiones son compartidas y la mayoría se toman pensando en la familia.

- **Familia Independiente:** Tiene una moderada independencia entre sus miembros, los límites internos y externos son semiabiertos y los límites generacionales son claros. En cuanto a los amigos los hay individuales y familiares sin preeminencia de unos u otros. En la toma de decisiones predominan las individuales sobre las familiares, pero tienen la capacidad de tomar decisiones en familia cuando es necesario.
- **Familia Desligada:** El nivel de cohesión es mínimo, hay poca intimidad entre sus miembros y éstos son extremadamente individualistas, se comunican poco entre sí, aún estando juntos en su casa, y si lo hacen, tocan aspectos superficiales. Cada uno trata de satisfacer sus necesidades afectivas fuera del hogar y el compromiso con el sistema familiar por parte de cada uno de los miembros es mínimo.

Se puede señalar que las familias funcionan mejor cuando se encuentran en los niveles centrales de cada una de estas dimensiones, y que no se producen problemas en la dinámica familiar si en algún momento se ubican en las dimensiones extremas, siempre que sea transitorio. Cuando existe fijación en los extremos suelen comenzar los problemas en el funcionamiento de la familia.

La comunicación, como la tercera variable del Modelo Circumplejo, es vista como un mecanismo articulador y facilitador de las dos dimensiones anteriormente nombradas (adaptabilidad y cohesión), ocupa un lugar irremplazable en la vida social del ser humano, se puede afirmar, por tanto, que cada persona vive intercomunicada, y que se es, un ser comunicacional.

Las personas de un modo u otro, están constantemente emitiendo mensajes, en la medida en que se relacionan con los otros, en este sentido, la comunicación es definida como toda transmisión de un mensaje entre individuos, sistemas y organismos, utilizando para ellos los elementos que tienen en común (Quintero, 1999). El origen del concepto comunicación proviene de la palabra latina "comunis", que significa poner algo en común donde se produce un intercambio de mensajes verbales, escritos o de expresión entre dos o más personas, entre los medios de expresión se cuentan el tono de voz, los gestos, la postura corporal, la mirada, entre otros, este proceso involucra una manifestación de sentimientos y emociones y que denotan la subjetividad propia del acto (Avilez, 1992).

La comunicación constituye un proceso social, a través del cual una persona sale de sí misma y se pone en contacto con los demás, con la finalidad de dar a conocer los propios pensamientos, sentimientos y en general lo que es el ser humano. Es a partir de la

comunicación, que el hombre se coloca en contacto con el mundo social, establece relaciones e identifica el mundo de las cosas a partir de significados aceptados socialmente.

Comúnmente las personas creen que se han comunicado con los demás, por el hecho de que hablan un mismo idioma, o simplemente porque están sosteniendo una conversación. Lo anterior no asegura que la comunicación sea adecuada y que el receptor del mensaje esté entendiendo. Una comunicación eficaz, es tanto cognitiva como afectiva, involucra una congruencia entre lo que se expresa verbalmente con sinceridad y lo que se comunica corporalmente. La intimidad y la confianza son claves en la comunicación, la presencia de estos elementos permite develar a los otros nuestros verdaderos sentimientos, a partir de un esfuerzo compartido en el que se debe asegurar que el otro este entendiendo.

La comunicación no es siempre efectiva, ya que generalmente surgen malos entendidos o conflictos entre las personas, por no verificar si lo que se está entregando como mensaje fue entendido o no. En muchas ocasiones la conducta de las personas no son coherentes con el mensaje enviado, lo que dificulta más aún este proceso. Por ejemplo, si un hombre llega tarde al trabajo, su jefe puede decir que no está enojado con él, pero con la cara que puso, dijo todo lo contrario. Lo anterior indica que se debe tratar de ser coherente entre el mensaje verbal y el no verbal, es decir entre lo que se dice y cómo se dice (Quintero 1999).

Existen familias que se comunican frecuentemente, otras no y otras eluden el encuentro, los meta mensajes a veces pueden impedir una buena comunicación, cuando detrás de lo que se comunica hay un mensaje implícito contradictorio, produciéndose entonces la comunicación paradójal.

Cuando una familia cae en la prepotencia, de que es uno el que habla y los otros sólo escuchan, genera una estructura complementaria de comunicación, que se presenta generalmente en familias compuestas por esposos autoritarios y por la presencia de niños pequeños.

La comunicación familiar permite acercar a cada uno de sus miembros, y es vista como una forma de resolver problemas, alejando las barreras entre cada uno de los integrantes de ésta.

Existen diversas formas de mejorar la comunicación y estas tienen que ver principalmente con romper las barreras comunicacionales, evitando poner obstáculos que impidan mejorar ésta, ya que la comunicación es vista como un agente facilitador de las relaciones familiares. Para comunicarnos efectivamente debemos desarrollar algunas habilidades las que involucran para su ejercicio, estar con todas las capacidades del cuerpo y del alma, es decir, tener una postura relajada y tranquila y una buena

disposición psicológica de concentración adecuada. "Estas habilidades facilitan el movimiento de la dinámica familiar, entre ellas encontramos las siguientes" (Bimbela, 1995):

- **Atención y escucha:** Consiste en mostrar interés por lo que el otro me está comunicando, apreciado esto, a partir de la concentración y la atención que se dispone en la conversación, acallando incluso los propios pensamientos, procurando evitar adoptar una actitud, de quien está preparando la respuesta a lo que le están conversando.
- **Empatía:** Capacidad de comprender desde la posición personal lo que al otro le está sucediendo, haciendo un esfuerzo por entender lo que está diciendo, porqué lo está diciendo y desde dónde lo está diciendo.
- **Concreción:** Consiste en la capacidad para comunicar de manera clara y específica lo que se quiere decir, en cuanto a lo que molesta realmente y agrada, evitando utilizar palabras generales y vagas, dirigiéndose a la persona de manera directa y precisa.
- **Respeto:** Consiste en aceptar la individualidad del otro manteniendo en la relación el aprecio mutuo, se puede discutir, y tener ideas radicalmente opuestas, pero se debe ser capaz de crear un espacio en el cual las ideas del otro sean respetadas, a pesar de las diferencias existentes.
- **Confrontación:** Habilidad para comprender una situación y demostrar el desacuerdo frente a ésta.
- **Inmediatez:** Habilidad para discutir directa y abiertamente algo que se encuentra ocurriendo en el momento justo y oportuno en el que se manifiestan las diferencias.
- **Espontaneidad:** Habilidad de ser auténticos y presentarse frente a los demás, tal cual se es expresando ideas y sentimientos de manera congruente.
- **Autorevelación:** Es la capacidad para comunicar aspectos personales de la vida, permitiendo que el otro también se exprese.

Estas formas de comunicación positiva anteriormente expuestas, capacitan a las familias para compartir sus necesidades y preferencias cambiantes, las cuales varían de acuerdo a las características de cohesión y adaptabilidad que posean las familias.

La familia desarrolla su dinámica dentro de su "ámbito interior", pero paralelamente recibe constantes influencias de los "sectores externos" a ella, se encuentra en constante interfase, por un lado con su contexto, la sociedad, de la que es uno de sus miembros y por el otro, con los individuos que integran su propia estructura (Díaz, 1987 en Chadi, 2000). Las fronteras familiares comprenden el conjunto de reglas, que permiten asegurar que las funciones específicas y transacciones existentes entre cada subsistema familiar y sus entorno, sean adecuadas y claras, éstas se configuran paralelamente, respecto del mundo exterior, es decir el grado de contacto con las relaciones extrafamiliares, las que se consideran como un intermediario entre los espacios endógenos y exógenos del sistema familiar (Quintero, 1999).

La familia constituye en sí misma, la red mínima en el ámbito de las redes primarias. Como tal es la menor porción de tejido relacional con el cual contar como red de apoyo y sostén. A través de la autogestión, el grupo familiar se autoabastece respecto a recursos emocionales, económicos, afectivos y sociales.

A pesar de este autoabastecimiento, como grupo social mínimo, necesita de la interrelación con el afuera y del intercambio con los otros sistemas humanos que le brindan elementos que esta familia no alcanza a arbitrar, no por ineficiencia, sino por resultar escasos los medios con que cuenta para completar determinadas acciones.

Bronfenbrenner (1979) propone un "mapa de red" compuesto por los siguientes ejes: un círculo interior microsistémico, correspondiente a la familia; un círculo intermedio o mesosistémico correspondiente a la red social personal y un círculo externo correspondiente a la red social ampliada (Chadi, 2000).

Este Modelo se basa en modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979), en que considera básicos los contactos entre los diversos microsistemas en que los individuos se desarrollan, y toma en cuenta a esta relación entre microsistemas, como un sistema en sí mismo al que denomina Mesosistema y a su vez éste se encuentra contenido en uno más amplio llamado Exosistema.

Estos diversos subsistemas se articulan entre sí de manera dinámica, recíproca y permanente. De esta manera, es necesario considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona para tener una aproximación ecológica al Maltrato infantil.

Dentro de las redes sociales secundarias podemos distinguir dos grupos. Uno más próximo a las redes primarias, pero cuyas relaciones se entablan con características más "periféricas" respecto a la relación, pero que no por ello dejan de ser significativas. En ellas encontramos:

- Grupos Recreativos.
- Relaciones Comunitarias y Religiosas.
- Relaciones Laborales o de Estudio.

En segundo lugar encontramos las denominadas "Redes Institucionales", las cuales se hallan en el sistema externo, respecto del círculo interior microsistémico. Estas redes están integradas por instituciones que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social. Su característica más destacable, es que no constituyen redes ecológicas, sino que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales. Estas se componen de:

- Escuela.
- Hospital o Equipo de Salud.
- Sistema Judicial.

Tanto las redes primarias como las secundarias, tiene en común algunas características inherentes a todo sistema humano. Estos indicadores deben colaborar en no pensar a la "red" como integrada por "compartimentos estancos" que sólo se "suman" para formar la "trama relacional". Cada círculo presenta nexos con todos y cada uno de los que componen el tejido relacional.

2.6.5 Ciclo Vital

La posición o área que ocupa la familia en el modelo circumplejo de Olson desde la adaptabilidad, comunicación y cohesión, dependerá de la etapa del ciclo vital familiar en que encuentre la familia. Cada etapa de este ciclo ofrece desafíos y situaciones de estrés, eventos que influirán directamente en la ubicación que adopte la familia, desde este modelo.

Aquellas familias que se encuentran en la escala de una óptima satisfacción de necesidades, tenderán a situarse en los tipos de familias mas equilibradas e intermedias, mientras aquellas que no han logrado satisfacer plenamente sus objetivos y se encuentran sometidas a situación de estrés familiar, tenderán a ubicarse en los extremos del modelo.

Es así como la dinámica familiar, adopta diversos movimientos de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentran transitando la familia (Jaes, 1991).

Cada etapa de desarrollo de la familia se encuentra constituida de un problema fundamental o crisis que se debe resolver, a través del cumplimiento de ciertas tareas, las cuales si se realizan bien, involucran el paso a la siguiente etapa (Rodhes, 1977).

El ciclo vital comprende a la familia, como un grupo sistémico, en el cual sus miembros son interdependientes entre ellos, y se relacionan continuamente con el ambiente. La realización de sus tareas depende del estado biopsicosocial de sus miembros, cada fase o momento que experimenta la familia durante su ciclo vital, influye en el desarrollo de su dinámica familiar, implicando con esto que la familia se encuentre constantemente adaptándose a los nuevos requerimientos que involucra cada etapa del ciclo

Desde este esquema, la relación entre familia y sociedad se basa en la búsqueda de equilibrio, colocando límites entre ambos sistemas, correspondiendo a la familia como unidad de cambio, generar procesos de acomodación y adaptación, que le permitan cumplir con las expectativas sociales.

A continuación se describen brevemente las características de cada etapa del ciclo.

- **Intimidad v/s idealización o desilusión:** Dos personas se juntan en un proceso de pareja sin hijos, donde se invierte en la relación tiempo y afecto, porque se encuentran en un proceso de conocimiento. En esta etapa ambos miembros de la pareja se idealizan, no develando aún sus verdaderas características, a medida que aumenta la confianza se rompen los ideales, surge la desilusión y posterior a ésta, el logro de la intimidad verdadera. Ya no existen imágenes creadas sólo los miembros de la pareja como tal.
- **Reabastecimiento v/s autoabsorción:** En esta etapa nacen los hijos, su duración se mantiene hasta que el último de ellos entra al colegio, es una etapa de entrega de ambos adultos hacia el requerimiento de sus hijos, se genera un desgaste que requiere reabastecerse, recuperando energía, la pareja antes de esta etapa era una díada y se transforma en una tríada donde la madre puede volcar toda su atención al hijo dejando de lado al padre, como puede ser también, que padre e hijos requieran todos el apoyo de la madre. Los padres por su parte requieren retroalimentación, una instancia de recuperación de fuerzas que puede darse por ayuda mutua o búsqueda en el exterior.
- **Individualización v/s organización pseudomutua:** Aquí todos los hijos están en el colegio, el hijo menor también entra al colegio, en el caso de la madre siente que sus hijos comienzan a volverse independientes y no requieren tanto de ella como antes, producto de esto puede sentirse inútil, optando eventualmente ocuparse en actividades fuera del hogar. En esta etapa los padres deben hacer sentir a sus hijos, y en especial al último,

libres y seguros para hacer una vida extrafamiliar autónoma y relacionarse con sus pares. Cuando ello no ocurre y la familia niega el apoyo para esa individualización y emancipación, prefiriendo atar a los hijos a la casa inculcándoles que dentro de ésta se encuentra la seguridad y que el mundo externo es peligroso. Estas conductas son una manifestación de que la familia busca mantener todo tal cual estaba antes, negándose al cambio que viene manifestándose en el sistema familiar.

- **Compañerismo v/s aislamiento:** En esta etapa los hijos son adolescentes, adquieren intereses fuera del hogar tales como; los amigos y la sexualidad. La pareja puede ocupar este tiempo para revitalizar su vida, posterior a la paternidad. En esta etapa el compañerismo se expresa a partir de un cambio de roles de los padres, que se ve expresado desde una perspectiva autoritaria hacia sus hijos hasta una actitud y relación más democrática y simétrica, en que ellos tienen repertorio lingüístico y principios para opinar y rebatir, aceptando a sí los padres, la creciente independencia.
- **Reagrupación v/s atadura o expulsión:** Aquí se encuentran las familias cuyos hijos se están marchando para formar sus propios hogares. El cumplimiento de esta tarea por parte de los padres, consiste en dejar ir a los hijos como parte de un proceso natural, experimentando felicidad por la independencia de estos. Los hijos jóvenes adoptan conductas distintas a las de las familias, las familias por su parte pueden hacer el esfuerzo para regresar al hijo al control familiar, invadiendo la vida de éste, puede ocurrir que producto de las constantes diferencias entre padres e hijos, éste último sea expulsado antes de tiempo del hogar originando en los padres sentimientos de culpa. Tanto el exigir el mantenimiento del joven en la familia, como la expulsión antes de tiempo pueden generar conflictos a nivel intrafamiliar.
- **Redescubrimiento v/s desesperación:** El objetivo de esta etapa, consiste en que después de la partida de los hijos, cada miembro de la pareja debe renovar el interés por el otro (redescubrimiento), dedicándose a la relación de pareja y estableciendo una relación armónica con los hijos que se encuentran fuera del hogar. La pareja puede desesperarse si no aprenden a aceptar que ya no cumplen el rol activo de padres, y se dan cuenta, por tanto, que ya no hay interés del uno por el otro. Esta etapa también involucra que padres e hijos comiencen una nueva relación de adulto a adulto, se reúnan los fines de semana, se vean los hermanos, se incluyan nueras y nietos y se establezca una nueva relación familiar en la que sus miembros se observen mutuamente desde otra perspectiva. Lo que impide muchas veces este objetivo, es que aún se mantiene vigente el rol que se cumplía como hijo y hermano en la familia, y que se impongan aun las antiguas normas familiares que hacen volver al hijo a repetir conductas pasadas.

- **Ayuda mutua v/s inutilidad:** Es la etapa de la jubilación de los padres, que involucra la vejez y el deterioro físico de ellos. La tarea de estos, consiste en aceptar sus discapacidades y recibir la ayuda voluntaria y sincera por parte de los hijos y nietos.

2.6.6 Problemas Familiares

Es normal que dentro de la familia, cotidianamente, se presentan situaciones de conflicto, la mayoría de las personas asocian la palabra conflicto con situaciones negativas como pelea, disgusto, batalla, guerra, etc. dejando de lado las posibilidades que el conflicto brinda. En realidad se puede decir que una situación de conflicto brinda potencialmente la oportunidad para llegar a un acuerdo o a la solución de un problema.

Este término alude a factores que se oponen entre sí, puede referirse a contrastes intra o interpersonales. Los conflictos interpersonales son uno de los resultados posibles de la interacción social, como expresión de la diferencia de interés, deseos y valores de quienes participan en ella (Corsi, 1994).

El conflicto se presenta, cuando las partes se hallan en desacuerdo con respecto a la distribución de recursos materiales o simbólicos y actúan movidas por la incompatibilidad de metas o por una profunda divergencia de intereses (Howard, 1995). Si estas situaciones no son manejadas en forma adecuada, puede producir la mayoría de las veces resultados negativos que se traducen en problemas en el ámbito familiar.

Una primera línea de problema, se asocia con la calidad de vida, esta tiene relación con un conjunto de satisfactores tanto materiales como psicosociales, que conforman un marco adecuado para el desarrollo familiar, si de lo contrario, los recursos son inadecuados e insuficientes, no logrando satisfacer las necesidades mínimas, las familias comienzan a mantener conflictos con relación a esta situación.

En el marco de la trama vincular familiar se viven los conflictos y las crisis vitales propias de la vida cotidiana. Entre las cuales encontramos las problemáticas relacionadas con el conflicto de pareja, cuyo eje más agudo es la disolución conyugal, pero que presenta una amplia gama de conflictos, entre los que se destacan, los de fidelidad-infidelidad, ruptura del diálogo interno, discusiones, reencuentro, y reconciliación.

Otro tipo de problemática, se presenta en las relaciones entre padres e hijos, considerando que una de las funciones básicas de la familia es la socialización primaria, proceso mediante el cual los individuos aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad, se puede señalar con respecto a esto, que los padres son quienes establecen la formas de comportarse correctamente, pero los niños

normalmente no lo hacen, y ante esta situación, algunos padres, utilizan la violencia como forma de castigo, la cual se inscribe en el marco de una relación desigual. Cualquier mensaje verbal o no verbal (movimiento, miradas o actitudes) que perciba el adulto como una amenaza, intentará ser suprimida a partir del acto violento, buscando de esta manera reestablecer el equilibrio.

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de "fuerza". El sustantivo "violencia" se corresponde con verbos tales como "violentar", "violar", "forzar". Por lo tanto la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un "arriba" y un "abajo", reales o simbólicos, que adopta habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, mujer-hombre (Corsi, 1994).

La violencia se manifiesta en forma de castigos, torturas, negligencia o falta de cuidados. Uno de los actores reivindica una condición superior a la del otro y se arroga el derecho de infligirle un sufrimiento. Puesto que se trata de una relación de desigualdad, la violencia es unidireccional e íntima.

En la violencia castigo no hay pausa, y se basa en una relación complementaria, en que el agresor considera que debe comportarse así y a menudo el niño está convencido de que tiene que conformarse con la vida que le imponen. Al no haber pausas, esta violencia permanece escondida, y toma un carácter "íntimo y secreto". Ninguno de los actores habla de ella en el exterior. Más allá del aspecto interactivo, ocurre que ambos actores tienen una muy baja autoestima (Perrone, 1997).

El maltratado produce un importante trastorno de la identidad y su sentimiento de deuda respecto de quien lo castiga lo lleva a justificar los golpes y sufrirlos sin decir nada. El actor emisor a menudo es rígido, carente de toda empatía, impermeable al otro y a su diferencia, excepto en lo que ésta pudiera parecerle peligrosa para sí mismo. Presenta cantidad de ideas fijas, repeticiones y comportamientos destinados a rectificar todo lo que es diferente a sí mismo.

En la violencia castigo esta afectada la identidad de la persona que se encuentra en una posición baja, puesto que se le niega el derecho a ser "otro". Las secuelas son profundas, la autoestima está quebrantada y el pronóstico es reservado. La persona que ocupa la posición alta sólo tiene una mínima conciencia de la violencia y un confuso sentimiento de culpabilidad.

Dentro de las relaciones familiares, la violencia que han ejercido históricamente los adultos hacia los niños (as), es un tema que se ha caracterizado por su invisibilidad en todas las sociedades. Sin embargo, en las últimas décadas, el problema del maltrato intrafamiliar ha comenzado a ser develado, se conocen las primeras investigaciones, se inicia la discusión sobre las políticas públicas adecuadas para abordarlo y la comunidad internacional plantea su preocupación por esta situación que afecta a millones de niños en el mundo entero.

Comprender el maltrato Infantil como un problema social, implica cuestionar la creencia bastante común, de que aquello que sucede dentro del ámbito de una familia, es una cuestión absolutamente privada. Esta afirmación deja de tener validez si se considera que cualquier acto de violencia de una persona contra otra constituye independientemente de que ocurra en la calle o detrás de las cuatro paredes de una casa, un hecho reprobable y sancionado socialmente. Además, hay otras razones para dejar de considerarlo como un "problema privado":

- Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, etc.).
- También se registra una marcada disminución en el rendimiento escolar (ausentismo, dificultades en la concentración, etc.).
- Los niños (as) y adolescentes, que son víctimas o testigos de la violencia intrafamiliar, frecuentemente presentan trastornos de conducta escolar y dificultades en el aprendizaje.
- Los niños, que observan en su hogar modelos de relación violentos, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones perpetuando así el problema.

Por lo señalado anteriormente, el problema de la violencia familiar a tendido cada vez mas, a dejar de ser una cuestión "privada", ya que la salud, la educación, la seguridad son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto, un factor potencialmente perturbador para todas esas áreas debe ser considerado como un problema que afecta a todos, en cuanto a integrantes de una comunidad (Corsi, 1994).

En las familias el concepto de "propiedad privada" está internalizado en nuestra forma de ver y entender las relaciones con nuestros hijos. Sin lugar a dudas, estamos inmersos en una milenaria cultura impregnada de pautas de crianza maltratante de los hijos, social y culturalmente aceptadas y no reconocidas, entonces, es muy normal que quienes ejercen violencia no sean capaces de vislumbrar el maltrato como una práctica inadecuada.

Es preciso destacar que el maltrato se hace visible, cuando éste deja lesiones graves fácilmente reconocibles para la sociedad, constituyendo estos casos sólo una ínfima parte de la real magnitud que implica este fenómeno social, permaneciendo aún una gran mayoría de estos casos oculta.

2.7 Conclusiones

Una vez abordado el fenómeno social del maltrato infantil desde sus aspectos temáticos, en el cual se reconocieron los elementos más relevantes y constituyentes del problema social en estudio, se puede concluir que este problema social se origina principalmente al interior de las familias. Este grupo social ha sido definido como el espacio donde se desarrolla el amor mutuo, se ofrece protección y contención a los niños y se facilita la solidaridad intergeneracional. Paradojalmente a esta definición de la familia, precisamente es en este espacio, donde se origina con mayor frecuencia el maltrato infantil, el cual causa secuelas imborrables en sus víctimas.

La importancia de este fenómeno social, se remite a su condición en extrema abusiva, si consideramos a la persona de la víctima, la que física y emocionalmente no estará en condiciones de defenderse sino que, por el contrario, más bien en necesidad de ser protegida. Lo anterior resulta especialmente grave cuando el maltrato es desplegado precisamente por las personas que tienen a su cuidado a los niños y respecto de los cuales, existen vinculaciones afectivas.

Lo fundamental y más difícil, parece ser lograr un cambio de mentalidad y la toma de conciencia, con respecto a la existencia del problema del maltrato infantil, no sólo por parte de las autoridades políticas, judiciales y de los diversos profesionales que intervienen en estas situaciones, como de toda la comunidad en su conjunto, sino, además, por quienes lo padecen. Las víctimas son, quienes generalmente mantienen esta situación en silencio. Cada persona puede ser activa en evitar este problema, denunciando y persistiendo en acciones en contra de quienes lo ejercen. Sin perjuicio de la espera de nuevos cambios, podrían mejorarse las cosas con los mismos medios existentes ahora.

3. Supuestos de Investigación

Posterior al desarrollo del Marco Referencial, se dará curso al planteamiento de los supuestos de investigación, los cuales otorgan cierta explicación tentativa y anticipada del problema social en estudio.

- Las personas cuya historia de vida se ha caracterizado por experimentar episodios de maltrato, tenderían a adoptar esta misma conducta en la crianza y educación de los hijos.
- Los padres que presentan conflictos en su relación de pareja, estarían más susceptibles a ejercer maltrato contra sus hijos.
- Las familias que han experimentado episodios de maltrato tendrían dificultades para reconocer y visualizar este hecho como un problema.
- Las familias con normas y reglas escasamente definidas, tenderían al surgimiento de experiencias de maltrato infantil.
- Las familias que presentan una muy alta o muy baja cohesión, podrían experimentar episodios de maltrato infantil.
- Las familias con escasa vinculación a redes sociales de apoyo, podrían estar más predispuestas experimentar episodios de maltrato infantil.
- Los niños en edad preescolar se encontrarían más vulnerables a ser víctimas de maltrato infantil.
- El equipo de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren, poseería deficiencias en la atención integral y coordinada de los casos de Maltrato Infantil.

4. Objetivos de la Investigación

4.1 Objetivo General

“Conocer las características familiares y sociales de los casos atendidos por maltrato infantil físico activo, en la unidad pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, entre enero 2005 y mayo 2007, esto a partir del estudio de informes sociales, fichas clínicas y realización de entrevistas que permitan establecer un diagnóstico del fenómeno social”.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la cantidad de casos existentes de maltrato infantil, a partir de la revisión de informes sociales y fichas clínicas, a fin de obtener datos estadísticos que permitan establecer un primer acercamiento cuantitativo a la realidad del maltrato infantil existente.
- Identificar de los casos atendidos por maltrato infantil, los tipos de maltrato existentes, a partir de la revisión de informes sociales y fichas clínicas con el objeto de determinar la muestra de estudio.

- Determinar las características sociodemográficas de los casos atendidos por maltrato infantil físico activo, a partir de la utilización de fichas familiares que permitan determinar la situación socioeconómica de la familia.
- Identificar características de la estructura y dinámica familiar presentes en los casos atendidos por maltrato infantil físico activo, por medio de la aplicación de entrevista semiestructurada que permita determinar la organización interna de la familia.
- Establecer la vinculación existente por parte de las familias, a redes sociales formales y/o informales de la comunidad, esto a partir de la utilización de fichas familiares, a fin de establecer si las familias cuentan con apoyo social.
- Identificar las características de vulnerabilidad de los casos atendidos por maltrato infantil físico activo, a partir de la revisión de informes sociales y la aplicación de entrevista semiestructurada, con el objeto de detectar situaciones de riesgo al interior del grupo familiar.
- Conocer las características del maltrato infantil físico activo desde la atención médica, por medio de la aplicación de entrevista semiestructurada que permita determinar los indicadores físicos y comportamentales más recurrentes presentes en los pacientes atendidos por esta causa.

5. Metodología de la Investigación

5.1 Esquema Metodológico

El presente seminario de título se enmarca dentro de un estudio de carácter investigativo. De acuerdo principalmente a las características propias del grupo de estudio, el cual presenta un nivel de vinculación con el Hospital, de carácter ambulatorio, condición que reduce las posibilidades de intervenir desde el terreno institucional, ya que el Hospital es un espacio frecuentado por las familias, sólo por condiciones puntuales y esporádicas.

Se considera, además, el hecho, de un escaso reconocimiento del maltrato infantil, por parte de las familias afectadas, y por parte de los grupos sociales que la rodean. Constituyéndose de esta forma en un tema que no se revela fácilmente, y se oculta, debido a las represalias legales que involucra y a los mismos procesos judiciales en que se han encontrado cada uno de estos casos. Estas características presentes en las familias harían difícil lograr una intervención, ya que se considera necesario para ésta, que sean los propios sujetos de estudio quienes manifiesten y sientan una necesidad de modificar su realidad.

Las características inherentes del fenómeno social en estudio, tales como su magnitud y escaso reconocimiento familiar y social, requieren una visión integral y comprensiva, posible de alcanzar, a través de un proceso investigativo dirigido a profundizar sobre las características del maltrato infantil, aportando información relevante, tanto desde los aspectos cuantitativos como cualitativos de la temática.

El fenómeno del maltrato infantil requiere en primera instancia ser conocido y analizado, lo que permitiría posteriormente el desarrollo de un conjunto de herramientas dirigidas a intervenir con familias maltratadoras. Una intervención profesional sólo puede llevarse a cabo sobre la base de del conocimiento atingente del tema, que permita a los profesionales abordar la problemática desde dicho conocimiento y a su vez, desde el reconocimiento paulatino y voluntario que las propias familias realicen de su experiencia. Por tales argumentos, el equipo seminarista a optado por el desarrollo de pospuestas posterior a la elaboración del diagnóstico, tendientes a la a la reflexión del tema y a la elaboración de sugerencia y lineamientos de acción.

5.2 Enfoque de Investigación

El enfoque de investigación ha utilizar, es el modelo de enfoque mixto, pues integra el método cualitativo y cuantitativo, permitiendo con esto mejorar la aplicación de ambos métodos, puesto que se complementan, es decir; los resultados que se obtienen en uno, proporcionan antecedentes que permiten mejorar el otro.

El enfoque cualitativo otorga profundidad a los datos obtenidos aportando riqueza interpretativa, mientras que el cuantitativo nos permite acotar con exactitud la información en datos estadísticos, para establecer las características sociales y demográficas de los sujetos de estudio.

5.3 Tipo de Investigación

La investigación social ha realizar por las alumnas seminaristas será de tipo exploratoria descriptiva, puesto que busca conocer el fenómeno social del maltrato infantil especificando las características de los sujetos de estudio y ampliando la mirada hacia nuevas perspectivas sociofamiliares. Se medirán y recolectaran datos sobre aspectos tales como; dimensiones y componentes de dicho fenómeno, con el objeto de establecer un acercamiento a esta problemática, que no ha sido sistematizada detalladamente por la unidad pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, el cual desconoce su real

magnitud en cuanto al tamaño, contribuyendo con esto, al escaso manejo que se tiene de los casos de maltrato infantil, desde la perspectiva estadística y social.

5.4 Técnicas de Recolección de Datos

Las técnicas que se utilizarán de acuerdo a lo anteriormente señalado a la metodología de investigación, serán:

- Entrevista semiestructurada: Con el objeto de rescatar la subjetividad de los sujetos investigados a partir de una conversación flexible a la que se le atribuyen cierto parámetro previo que conduzca el dialogo hacia las informaciones que se pretenden rescatar.
- Entrevista Semiestructurada a informantes claves: Con el objeto de visualizar a la población sujeto de estudio. Estas entrevistas estarán dirigidas a asistentes sociales y médicos, que se vinculen al tema del maltrato infantil
- Observación semiestructurada: Con el objeto de observar características del ambiente, a partir de un propósito previamente determinado.
- Revisión de documentación y archivos institucionales: Con el objeto de identificar información socio demográfico y clínico, de los sujetos de estudio.
- Fichas sociales: Con el objeto de obtener y actualizar antecedentes sociodemográficos de los sujetos de estudio.

En el cuadro siguiente se resumen las técnicas de recolección de datos:

Técnicas	Fuente	Datos
Entrevista Semiestructurada	Aplicada a la muestra de estudio	Dinámica Familiar Reconocimiento de maltrato infantil Vinculación con red social
Observación Semiestructurada	Aplicada a la muestra de estudio	Determinar dinámica familiar Indicios de maltrato infantil
Análisis Documental	Fichas Clínicas Informes Sociales	Nombre Dirección Diagnostico clínico Información social
Entrevista Semiestructurada	Aplicada a un representante de la comisión de maltrato	Determinar numero de casos de maltrato atendidos entre enero 2005-mayo 2007

Entrevista Semiestructurada	Aplicada a un representante de la comisión de maltrato	Indagar con respecto a las características del maltrato infantil físico activo, desde la perspectiva de la atención médica.
Fichas familiares	Aplicadas a la muestra de estudio	Antecedentes sociodemográficos Antecedentes familiares

5.5 Unidad de Análisis

5.5.1 Universo

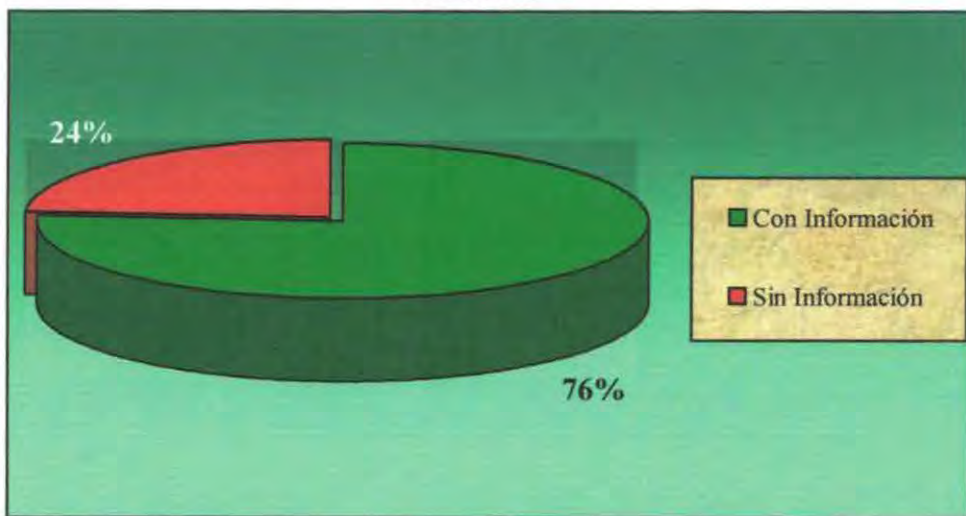
Luego de realizar un análisis de informes sociales y fichas clínicas de los casos atendidos por maltrato infantil en la unidad pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre enero 2005 y mayo 2007, se obtuvieron 112 casos, el análisis de estos, hizo determinar que 27 casos no contaban con la información necesaria para su estudio, debido a que la información en cuanto a las características familiares y al tipo de maltrato detectado se encontraba incompleta y en otros casos ilegible. Por lo tanto 85 casos corresponden al Universo de estudio seleccionado, considerando que cumplen las condiciones y criterios para el presente estudio.

El siguiente gráfico muestra el universo de casos y su detalle porcentual respecto a la búsqueda realizada.

**Tabla N°4
"Universo de Casos"**

Información	Casos
Fichas Clínicas, Incompletas o Ilegibles	27
Fichas Clínicas, Información Completa	85
Total	112

Gráfico N° 1



Fuente, Fichas Clínicas e informe sociales HCVB. Enero 2005-mayo 2007.

Tomando en consideración la amplitud de los casos en cuanto a la cantidad y la diversidad del tipo de maltrato presente en el universo, se procederá a seleccionar una muestra, que nos permita estudiar los casos previamente delimitados como sujetos de estudio.

5.5.2 Muestra

Para efectos de la presente investigación y de acuerdo a los objetivos planteados, se determinara como muestra de estudio, los casos atendidos por maltrato infantil físico activo (violencia física y sexual) en la Unidad Pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre enero 2005 y mayo 2007.

- Tipo de muestra:

El tipo de muestra seleccionada, es de carácter no probabilística, de tipo intencionada, supone un procedimiento de selección informal que permite una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema, esto con el objetivo de extraer del universo el número de casos pertinentes a la investigación. Este tipo de muestra es de gran valor pues permite un mejor acercamiento inicial al problema de investigación, llegando a ofrecer una mayor riqueza para la recolección y análisis de los datos.

- Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra corresponderá a un 40% del universo de casos, considerando que desde un 15% la muestra logra ser representativa del universo, se estima que la selección realizada cumple con la representatividad suficiente para el estudio, se señala a su vez que el porcentaje seleccionado para la muestra, equivalen a 45 casos distribuidos entre abuso sexual y maltrato físico, considerando que el total de casos corresponden a 112, se estima que la presente muestra posee una alta representatividad a nivel de los casos atendidos en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

La selección de la muestra dependerá de los siguientes criterios:

- La prevalencia en el ámbito nacional de este tipo de maltrato (UNICEF, 2006).
- El sistema de salud debe invertir mayor cantidad de recursos en términos de insumos y hospitalización, en la atención y tratamiento del maltrato infantil físico activo, por sobre los recursos que demanda la atención de otro tipo de maltrato, como el emocional.

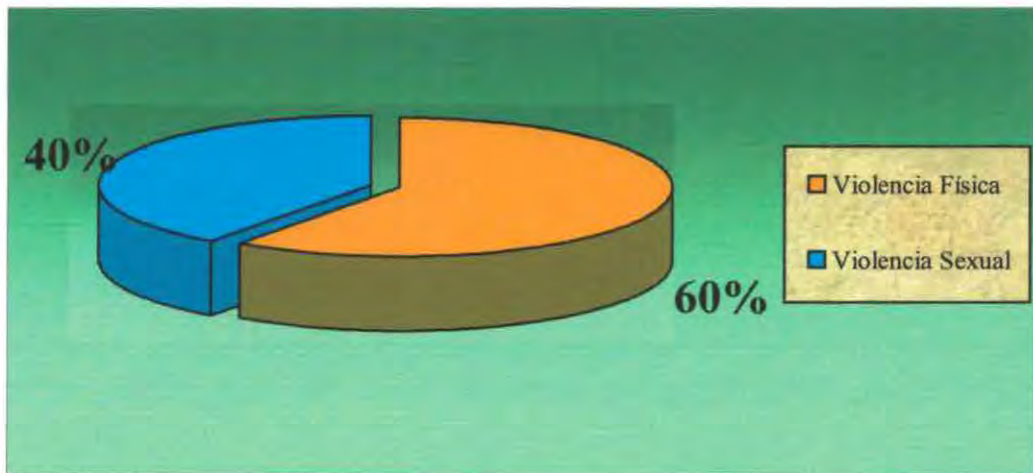
- El presente tipo de maltrato es aquel que requiere la mayor cantidad de especialistas en su atención y tratamiento, demandando, por tanto, una intervención multidisciplinaria de los casos.
- La prevalencia de este tipo de maltrato dentro del universo de estudio.
- El nivel de gravedad, con respecto al daño físico ocasionado.
- La asociación que posee con el desarrollo de otros tipos de maltrato entre estos, el maltrato emocional.

De acuerdo a los criterios anteriormente expuestos se presentará un gráfico en el que se puede identificar la muestra de estudio según el tipo de maltrato.

Tabla N° 5
“Muestra de Estudio”

Maltrato Físico Activo	Casos
Violencia Física	27
Violencia sexual	18
Total de casos	45

Gráfico N° 2



Fuente, Fichas Clínicas e informe sociales HCVB. Enero 2005-mayo 2007.

Sin embargo, es importante señalar que esta muestra de estudio dependerá de la accesibilidad que se pueda tener de los casos, tomando en consideración los posibles cambios de residencia de las familias, la voluntad y consentimiento para acceder a la

entrevista y el acceso seguro y expedito al territorio en el cual se encuentran emplazadas las viviendas.

6. Plan de Análisis

Para recolectar los datos se usaran técnicas cualitativas, con la información recolectada a partir de estas técnicas, se realizara un análisis interpretativo de las variables consideradas en este estudio, a partir de los elementos teóricos que las explican y de los indicios empíricos que se observen en el trabajo de campo.

Este análisis cualitativo será complementado con un análisis cuantitativo de tipo estadístico descriptivo, que comprenderá los siguientes procedimientos: Tabulación de los datos a través de codificación manual (sabana), a partir de la cual obtendremos una descripción más completa de las variables que comprenden la caracterización familiar y social de la muestra de estudio, a partir de estos elementos se podrá establecer la tricotomización de la variable y la frecuencia relativa y acumulada de los indicadores a analizar, posterior a esto, se establecerán las medidas de tendencia central y las medidas de variabilidad de las puntuaciones o los valores obtenidos de estos mismos.

La información obtenida será representada a partir de tablas y gráficos los cuales expondrán de una manera clara y completa los resultados obtenidos

7. Operacionalización de las Variables

Variable N° 1:

- Situación Sociodemográfica: se refiere a las características sociales y territoriales de los sujetos de estudio (niño y familia), así como también a la distribución geográfica de la población y datos relativos a la edad, sexo, escolaridad y características de la vivienda, entre otras.

Dimensión	Subdimensión	Indicador
Antecedentes del niño/ a	▪ Sexo	✓ Masculino
		✓ Femenino
	▪ Edad	✓ 0-3 años
		✓ 3-6 años
		✓ 6-12 años
		✓ 12-18 años
		✓ Pre- escolar
	▪ Escolaridad	✓ Básica
		✓ Media
		✓ Particular
	▪ Tipo de establecimiento escolar	✓ Particular subvencionado
		✓ Municipalizado

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de salud del niño/ a 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamiento médico posterior al alta medica. ✓ Sin tratamiento médico
<p>Antecedentes del grupo familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamaño de la familia ▪ Situación de salud de la familia ▪ Tipo de Familia ▪ Jefatura del hogar ▪ Estado civil de los padres ▪ Ingresos del grupo familiar ▪ Situación previsional de salud ▪ Localidad ▪ Tipo de vivienda ▪ Materialidad de la vivienda ▪ Tenencia de la vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ N° de integrantes del grupo familiar ✓ Trastornos de la personalidad. ✓ Enfermedades crónicas ✓ Drogodependencias ✓ Discapacidad física. ✓ Discapacidad mental ✓ Familia Monoparental ✓ Familia Biparental ✓ Familia Extensa ✓ Familia Reconstituida ✓ Padre ✓ Madre ✓ Familiar ✓ No familiar ✓ Casados ✓ Solteros ✓ Separado ✓ Viudo (a) ✓ Conviviente ✓ Menor o igual a \$135.000 ✓ Mayor a \$ 135.001 y menor o igual a \$197.500 ✓ Mayor o igual a \$ 197.501 ✓ Fonasa ✓ Isapre ✓ Otra ✓ Cerros de Valparaíso ✓ Plan de Valparaíso ✓ Playa Ancha ✓ Casa ✓ Departamento ✓ Mediagua ✓ Otro ✓ Sólida ✓ Mixta ✓ Material ligero ✓ Propia ✓ Arrendada ✓ Usufructuario ✓ Allegado

Redes sociales con las que se vincula la familia.	▪ N° de dormitorios	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> Más de 3
	▪ N° de camas	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> Mas de 4
	▪ Acceso a servicios básicos	<input checked="" type="checkbox"/> Luz eléctrica <input checked="" type="checkbox"/> Agua potable <input checked="" type="checkbox"/> Alcantarillado
	▪ Redes sociales formales	<input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Consultorio <input checked="" type="checkbox"/> Iglesia <input checked="" type="checkbox"/> Junta de vecinos <input checked="" type="checkbox"/> Club deportivo <input checked="" type="checkbox"/> Centro de madres <input checked="" type="checkbox"/> ONG's <input checked="" type="checkbox"/> Organizaciones estatales
	▪ Redes sociales informales	<input checked="" type="checkbox"/> Familiares <input checked="" type="checkbox"/> Grupos de amigos <input checked="" type="checkbox"/> Vecinos

Variable N° 2:

- **Características Familiares:** Se refiere a aquellas características que posee la familia, con respecto a su organización interna y estilo de relaciones familiares. Contempla el desarrollo de la dinámica familiar, los conflictos de pareja presentes en esta, así como también el reconocimiento que las familias realizan del maltrato infantil, como parte de las experiencias de la vida familiar.

Dimensión	Subdimensión	Indicador
Dinámica Familiar	▪ Dinámica familiar desde la comunicación	<input checked="" type="checkbox"/> Empatía <input checked="" type="checkbox"/> Concreción <input checked="" type="checkbox"/> Confrontación <input checked="" type="checkbox"/> Asertividad <input checked="" type="checkbox"/> Inmediatez <input checked="" type="checkbox"/> Espontaneidad <input checked="" type="checkbox"/> Autorevelación <input checked="" type="checkbox"/> Atención y escucha.
	▪ Dinámica familiar desde	<input checked="" type="checkbox"/> Familias caóticas

	<p>la adaptabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinámica familiar desde la cohesión 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familias rígidas ✓ Familias flexibles ✓ Familias estructuradas ✓ Familias aglutinadas ✓ Familias desligadas ✓ Familias Separadas o independientes ✓ Familias conectadas o unidas.
Fronteras familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interacciones familiares 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Límites claros ✓ Límites difusos ✓ Límites rígidos
Reconocimiento del maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamiento familiar frente al maltrato Infantil 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niega el problema ✓ Enfrenta el problema ✓ Evade el problema ✓ Minimiza el problema ✓ Justifica el problema
Conflictos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflictos de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desacuerdos ✓ Discusiones ✓ Agresiones verbales ✓ Agresiones físicas

Variable N° 3:

- Maltrato infantil: Se entenderá, como toda agresión física, o sexual en contra de un niño menor de 18 años o la falta de proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, esto entendido desde el enfoque de la atención medica.

Dimensión	Subdimensión	Indicador
Maltrato Infantil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maltrato físico 	<p>Indicadores Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Magulladuras o moretones en rostro, labios o boca. ➤ Quemaduras de puros o cigarros ➤ Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en el espiral de los huesos largos (brazos, piernas); fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años. ➤ Heridas o raspaduras: en boca, labios encías u ojos; en genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso. ➤ Lesiones abdominales; hinchazón de abdomen; dolor localizado, vómitos constantes. ➤ Señales de mordeduras

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso sexual • Negligencia 	<p>humanas (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son recurrentes)</p> <p>Indicadores en el comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos ➤ Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran ➤ Muestra conductas extremas (ej. agresividad o rechazo extremo) ➤ Parece tener miedo de sus padres. ➤ Informa que su padre/ madre le ha causado alguna lesión. <p>Indicadores físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para andar o sentarse ➤ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. ➤ Contusiones o sangrado en los genitales extensos, zona vaginal o anal ➤ Tiene una enfermedad venérea. ➤ Tiene la cerviz o la vulva hinchadas o rojas. ➤ Tienen semen en la boca, genitales o en la ropa. ➤ Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia). <p>Indicador de comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado. ➤ Tiene escasas relaciones con sus compañeros ➤ Comete acciones delictivas o se fuga ➤ Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales. ➤ Dice que ha sido atacado por un padre/ cuidado <p>Indicadores físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e inapropiadamente vestido. ➤ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño ésta realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.
--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cansancio o apatía permanentes. ➤ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios necesarios. ➤ Es explotado, se hace trabajar en exceso, o no va a la escuela. ➤ Ha sido abandonado <p>Indicadores de comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participa en acciones delictivas Ej., vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc. ➤ Pide o roba comida. ➤ Raras veces asiste a la escuela ➤ Dice que no hay nadie que lo cuide
Procedimientos médicos en maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención medica en maltrato infantil 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ diagnostico medico ➤ registro de atención ➤ registro de factores de riesgo ➤ hospitalización ➤ derivación interna a servicio social

Variable N° 4:

- Factores de riesgo asociados al maltrato infantil: se entenderán como aquellas características o situaciones presentes en los niños, padres, familias y su entorno, las cuales inciden en las probabilidades de sufrir maltrato infantil.

Dimensión	Subdimensión	Indicador
Factores predisponentes de maltrato infantil.	Factores de riesgo asociados al maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Niños con conducta difícil ❖ Niño no escolarizado ❖ Niño pre-escolar o menor de un año ❖ Niños que trabajan o asumen responsabilidades desproporcionadas para su edad. ❖ Cambio frecuente de cuidadores. ❖ Niños con discapacidad intelectual, auditiva, visual o motora. ❖ Niño con trastorno en el desarrollo de la personalidad. ❖ Padres o cuidadores con patologías psiquiátricas. ❖ Antecedentes de depresión de los padres o cuidadores ❖ Alcoholismo u otra adicción ❖ Padres adolescentes ❖ Bajo nivel educacional ❖ Percepción negativa del niño/ a ❖ Falta de conciencia de los padres a conducta maltratadora

		<ul style="list-style-type: none">❖ Historia personal de maltrato o abandono❖ Embarazos no deseados❖ Embarazos de alto riesgo❖ Expectativas inadecuadas con respecto a la interacción del niño / a.❖ Padre o madre con baja autoestima.❖ Familia monoparental especialmente si no tienen apoyo❖ Presencia de padre o madre sustituto❖ Crisis normativas y no normativas (muerte, cesantía, crisis económica, etc)❖ Violencia conyugal❖ Problemas de roles❖ Familia con alto número de hijos preescolares❖ Ausencia o insuficiencia de redes❖ Condiciones de vida deficitarias (pobreza, hacinamiento, cesantía, marginación social, etc).
--	--	---

Capitulo III
Diagnóstico

III. DIAGNOSTICO

1. Presentación

El presente estudio se enmarca dentro de una investigación exploratoria descriptiva, de tipo investigativo.

La elección de este tipo de investigación, se fundamenta en el hecho, de que la población sujeto de estudio, corresponde a un grupo de permanencia inestable en la institución, ya que se atendieron durante distintos periodos de tiempo en el Hospital entre Enero 2005 a Mayo 2007 y de forma ambulatoria. Esta condición hace más difícil el acceso a estas familias, ya que generalmente el hospital ha perdido contacto con éstas y las cuales en su mayoría se encuentran en procesos judiciales, debido a la gravedad del maltrato involucrado. La judicialización de estos casos provoca mayor recelo y rechazo por parte de las familias a cualquier acción de intervención, la que es percibida como amenazante y frente a la cual no se accede fácilmente. Se debe considerar que estas familias no buscan ayuda voluntariamente, sino que lo hacen de manera forzada, obligadas, además por la gravedad de los hechos suscitados.

Cabe señalar que estas familias son multiproblemáticas y que no reconocen el maltrato infantil como una practica inadecuada. Esto se aprecia al momento del ingreso de un niño/a al hospital, en cuya ocasión las familias niegan la verdadera razón por la cual el niño/a se está atendiendo, disfrazando los hechos que dieron motivo a la atención, atribuyendo generalmente esto a un accidente. Otra característica que hace difícil la intervención con familias maltratadoras son la agresividad de éstas, no solo con sus miembros sino que, además, con los otros, esto se ve reflejado en la conducta agresiva que ellos adoptan al momento de ser entrevistados por profesionales, en aquellas instancias en las que se busca indagar acerca de los eventos previos a la atención del paciente.

Una intervención profesional con familias que han vivido experiencias de maltrato requiere conseguir en primera instancia, aceptación por parte de las familias y establecer lazos de confianza mutua, labor que requiere de tiempo y de permanencia en el contacto, el cual difícilmente puede ser propiciado durante el periodo de tiempo establecido para esta investigación. Otra característica que dificulta la intervención profesional es que estas familias al ser consideradas multiproblemáticas, requieren de intervención por parte de profesionales que posean conocimientos y experiencias en el trabajo con familias maltratantes.

Por su parte el equipo seminarista destaca la relevancia de llevar a cabo un diagnóstico riguroso y con detalle de la temática de maltrato infantil en el hospital Carlos Van Buren. Tomando en consideración que este fenómeno social reviste características complejas que no se logran visualizar fácilmente, especialmente aquellas relativas a la dinámica familiar que poseen las familias, que en su totalidad corresponden a grupos disfuncionales.

Considerando, además, que la realidad del maltrato infantil no ocurre en todas las familias, es esta la razón que motiva a investigar que sucede en estas familias para que se desencadenen episodios de violencia, y poder detectar los factores de riesgo que inciden en la aparición de este problema.

El enfoque investigativo seleccionado para el logro de este fin, es de carácter mixto, pues integra el método cualitativo y cuantitativo, permitiendo con esto mejorar la aplicación de ambos métodos, puesto que se complementan, es decir, los resultados que se obtienen en uno, proporcionan antecedentes que permiten mejorar el otro.

El enfoque cualitativo otorga profundidad a los datos obtenidos aportando riqueza interpretativa, mientras que el cuantitativo nos permite acotar con exactitud la información en datos estadísticos, para establecer las características sociales y demográficas de los sujetos de estudio.

Se estima de acuerdo a lo anteriormente señalado, que el desarrollo de un diagnóstico exhaustivo permitiría la intervención social de este problema en un futuro. Complementando la información obtenida a partir de éste y las herramientas que de él se obtengan, con el trabajo desarrollado por parte del hospital, propiciando entonces, a partir de estos conocimientos acumulados y compartidos, contar con la base para iniciar una intervención integral y coordinada.

El presente capítulo tiene como objetivo dar a conocer los resultados obtenidos mediante la utilización de los diversos instrumentos diseñados para la investigación, tales como entrevista semiestructurada, ficha familiar, ficha médico social. Estos instrumentos responden a técnicas cuantitativas y cualitativas, que fueron aplicadas a los sujetos de estudio, pretendiendo con esto dar respuestas a los objetivos de investigación planteados inicialmente.

En un primer momento se desarrollará un análisis de tipo cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos como producto de la investigación realizada, esto mediante el empleo de gráficos y tablas de frecuencia, a través de las cuales se podrán evidenciar los resultados desprendidos de cada una de las variables investigadas. Esta información estadística será reforzada y enriquecida con el desarrollo de un análisis cualitativo, por medio de éste, será posible la realización de un análisis interpretativo de los datos obtenidos. Lo que permitiría establecer una aproximación a la realidad de los sujetos de estudio, logrando profundizar en aquellos aspectos subjetivos, para los cuales no es suficiente sólo un análisis de tipo estadístico.

En segundo lugar se elaborará una síntesis diagnóstica, la cual permita obtener una mirada integral del fenómeno estudiado, logrando establecer con esto una evaluación de los objetivos formulados y una visión respecto a la magnitud y prevalencia con que se desarrolla el problema social estudiado.

Con respecto a los objetivos planteados para la presente investigación, se señala que estos apuntan a establecer un conocimiento y acercamiento respecto de las características familiares y sociales de las familias sujeto de estudio. Junto con determinar y

establecer la existencia y magnitud del fenómeno de la violencia al interior de éstas, sus manifestaciones, y de que forma ésta es abordada y enfrentada por las propias familias.

2. Análisis del Universo

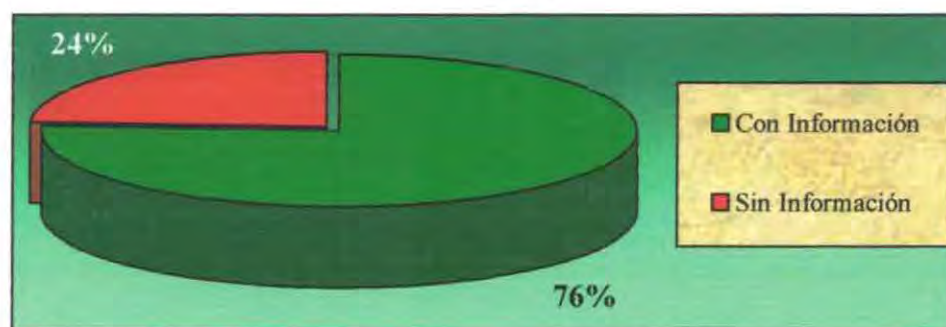
2.1 Universo de Casos

Luego de analizar informes sociales y fichas clínicas de los casos atendidos por maltrato infantil en la unidad pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, entre Enero 2005 y Mayo 2007, se pudo identificar un total de 112 casos, de los cuales 27 de éstos representando en un 24.1%, no contaban con información suficiente para el estudio con respecto al tipo de maltrato ejercido y a las características familiares, debido a que se encontraban incompletas e ilegibles.

En conclusión sólo de 85 casos (75.9%), se obtuvo la información necesaria para el análisis del universo de estudio, del cual posteriormente se extrajo una muestra correspondiente a 45 casos (40.2%).

Previamente al análisis de la muestra de estudio, se considera necesario exponer aquellos datos relevantes relativos al universo de casos atendidos por maltrato infantil, esto permitirá una visión más general del problema social estudiado. Para tal objetivo se procedió a elaborar un conjunto de dimensiones de estudio, referentes a los diversos tipos de maltrato que se atienden en este hospital procedencia geográfica de las familias que constituyen el presente universo, los motivos que dieron origen a la atención del menor y quien ejerce el maltrato, entre otras variables, las cuales se exponen a continuación:

Grafico N°1

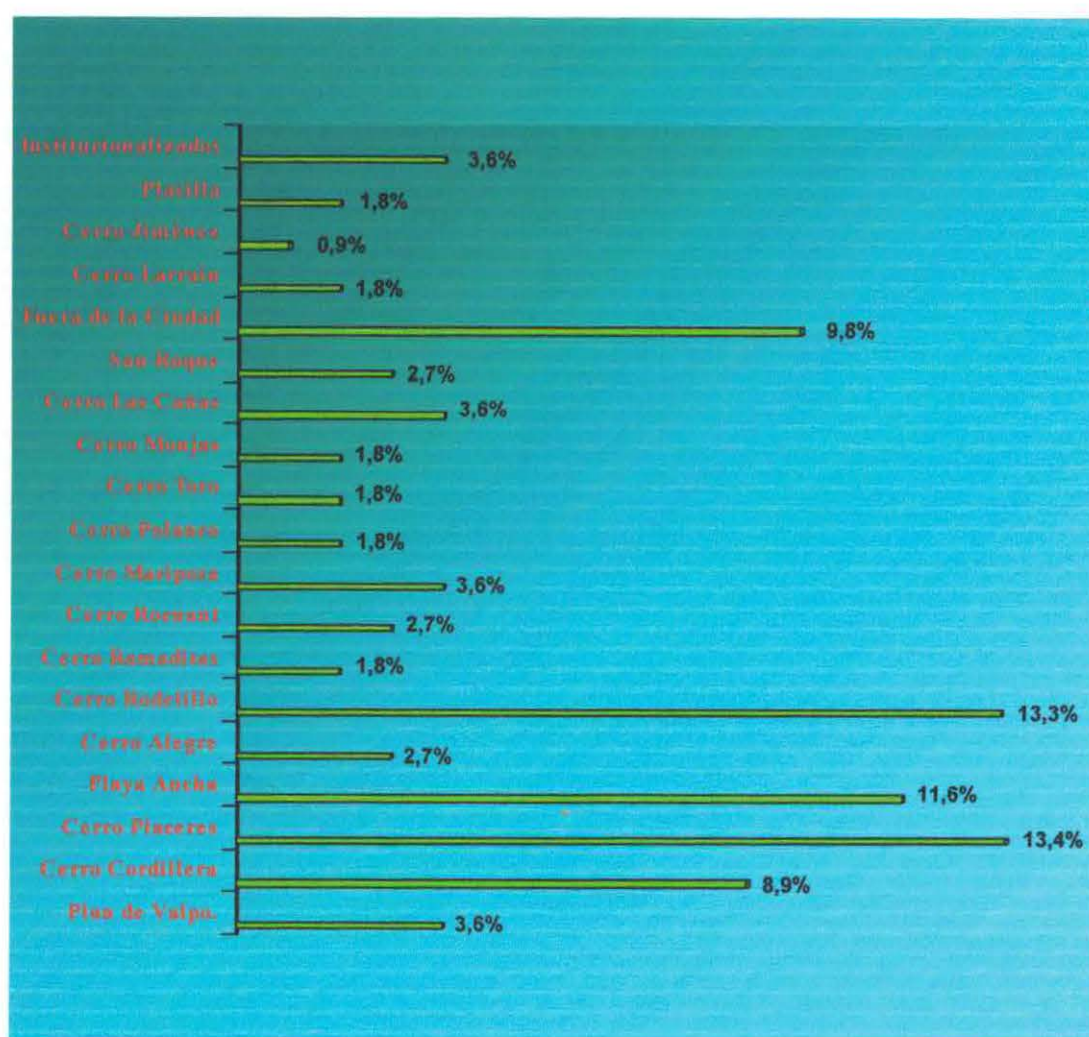


Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

2.1.1 Procedencia Geográfica

Estos datos hacen referencia a la procedencia geográfica de las familias estudiadas, es decir, se intenta establecer en que espacios dentro de la comuna de Valparaíso, se encuentran distribuidas mayoritariamente las familias en estudio. Esta información permitiría identificar aquellos sectores de la población que presentan mayor incidencia en hechos de maltrato infantil, facilitando la coordinación con redes y organismos de base de la comunidad que puedan eventualmente significar un aporte a la detección e intervención de este fenómeno social.

Grafico N° 2
"Procedencia Universo de casos"



Fuente: Fichas Clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007.

Valparaíso es una de las ciudades con mayor proporción de población regional residentes en zonas urbanas, y esta población se encuentra distribuida entre el plan y los

cerros de la ciudad, siendo estos últimos los más habitados, especialmente por su amplitud geográfica.

Con relación a la localidad de las familias investigadas podemos señalar, que en su mayoría habitan los cerros de Valparaíso entre los que se destacan, los Cerros Placeres, Playa Ancha, Rodelillo y Cordillera, situándose estas especialmente en los sectores periféricos de cada uno de los cerros.

La situación de pobreza en que se encuentran estas familias, sólo les permite acceder a viviendas emplazadas en los cerros de esta ciudad, situación que se explica porque el costo de las viviendas ubicadas en el sector céntrico es más alto. El costo de las tierras es empleado como una barrera de autosegregación de clases, donde algunos pueden elegir donde vivir, mientras algunos sólo pueden vivir donde sus ingresos le permitan.

De las familias estudiadas, sólo un 3.6% de estas habita el sector del plan de Valparaíso. Esto permite señalar que "las políticas habitacionales excluyen a los pobres de los bienes urbanos que se encuentran en el centro de la ciudad (empleo, comercio, servicios y esparcimiento), condenándolos a vivir en una periferia subdotada de equipamiento y lejos de los destinos habituales de sus desplazamientos. Con ello se les hace recorrer largas distancias para llegar al trabajo, viajes que no sólo consumen tiempo sino también parte importante de su ingreso en el pago de tarifas altas de transporte público urbano" (Thompson, 1982).

De los casos investigados en el presente estudio, 11 de estos, correspondientes a 9.8% del universo, que recibieron atención en el Hospital Carlos Van Buren, durante el periodo enero 2005 y mayo 2007, poseen domicilio fuera de la comuna de Valparaíso. La procedencia de estas personas puede deberse a la solicitud de una atención médica de característica transitoria en el hospital Carlos Van Buren, o a la demanda de una especialidad que en el sistema de salud de estos sectores no alcanzaba a ser satisfecha. De

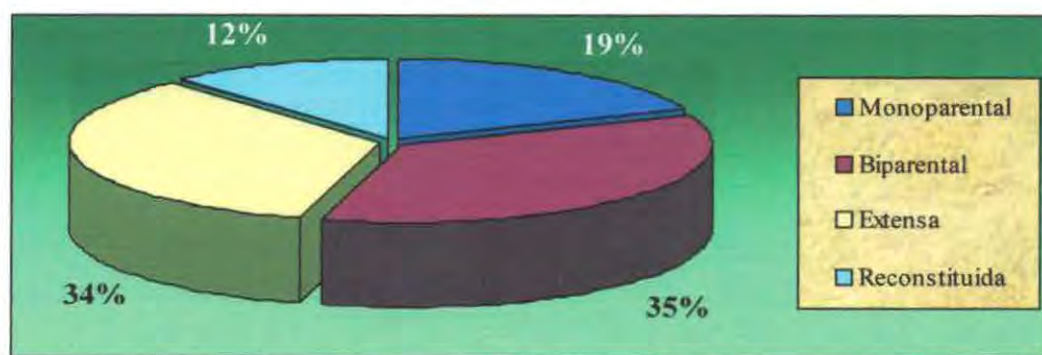
estos casos no se logró obtener mayor información de sus direcciones y las causas que motivaron la atención, la procedencia geográfica de éstos corresponde a las ciudades de: San Antonio, Viña del Mar, Los Andes, Santiago, Laguna Verde, Algarrobo y Quilpue.

2.1.2 Tipo de familia a la que pertenece el niño

Esta dimensión hace referencia a las características de la familia según su organización, tomando en consideración los lazos de parentesco que unen a los habitantes de un hogar y el tamaño que estas adquieren de acuerdo al número de integrantes que las conforman.

Grafico N° 3

“Tipo de familia”



Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

Con relación a esta variable, se puede señalar que los casos investigados se encuentran ubicadas en diversos rangos de la categoría, siendo la familia más predominante la de tipo biparental con 30 casos (35.3%), y las de tipo extensas con 29 casos (34.1%), la diferencia existente a nivel porcentual entre estas dos categorías es ínfima, considerando por tanto que el tipo de familia más predominante en la que se experimentan episodios de maltrato, suelen ser aquellas conformadas por un núcleo, constituido por la presencia de un padre y una madre y en otros caso por otros parientes, esta configuración familiar, permite establecer el enlace con aquellos a quienes se asocia la responsabilidad del maltrato infantil, recayendo esta principalmente en los progenitores de los niños.

Existe abundante evidencia empírica que confirma el hecho de que una parte importante de casos de maltrato físico se produce por parte de familias monoparentales y en su mayoría en casos en los que la madre se encuentra sola. Esta información se obtiene de la anual revisión americana de los informes de maltrato realizada por la "American Human Association" (Martínez, et al, 1993).

Pese a lo anteriormente expuesto, cabe señalar que la realidad Chilena posee características socioculturales distintas a otros países. De acuerdo a estudios de maltrato infantil realizados en Chile, Soledad Larraín (1997), señala que el tipo de familia predominante a la que pertenece el niño que es víctima de maltrato, corresponde a familias biparentales, en las que se reconoce la presencia de ambos progenitores, seguida ésta por la familia extensa y en última instancia la familia de tipo monoparental.

En Chile existe un número total de 199.864 hogares que se encuentran en el rango de familia biparental, y 44.590, se encuentran en la categoría de familia extensa, de acuerdo a estos antecedentes se estima que estas categorías familiares son las más predominantes en el país (Casen, 2006).

2.1.3 Estructura Familiar

Esta dimensión hace referencia a las características del universo de casos, en cuanto a la capacidad que poseen los grupos familiares, para hacer frente a situaciones de estrés y adaptar sus pautas transaccionales.

En cuanto al tipo de estructura familiar los resultados obtenidos de la investigación arrojan que 85 familias corresponden a la categoría disfuncional (100%), comprendiendo por esta, a una familia que no es capaz de responder adecuadamente al stress y sus posiciones de estatus no están claras, por lo cual responden intensificando la rigidez de sus fronteras y transacciones familiares es decir las formas a partir de las cual se hacen las cosas y como se organiza la familia se mantiene inmutables, rehusándose a considerar alternativas y cualquier posibilidad de modificación (Minuchin, 1997).

Por otra parte, la disfuncionalidad de las familias se ve reflejada específicamente en la inconsistencia de sus normas y reglas, lo que se manifiesta en una desorganización familiar, y una alteración del control social sobre sus miembros. Esto se aprecia en una falta de conciencia de la importancia de éste, la ausencia de sanciones, e indiferencia ante conductas desviadas, esto como resultado de una inexistencia o inconsistencia de normas y reglas, lo que se traduce en un incumplimiento de éstas, provocando como consecuencia desorganización y desestructuración del sistema familiar.

La disfuncionalidad presente en estas familias, se puede reconocer a partir de la presencia de comportamientos rígidos al interior de ésta, donde la aplicación y la supeditación a las reglas impuestas se llevan al extremo, produciendo como resultado, castigos exagerados que no concuerdan con las razones que los motivan. Estas conductas

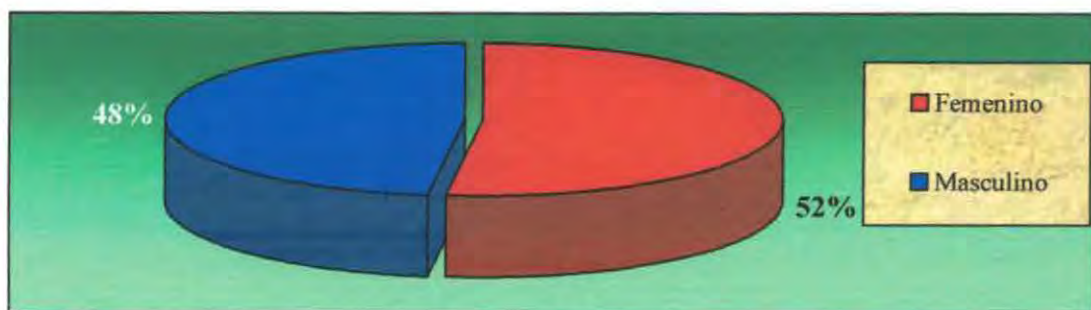
son una manifestación de un inadecuado ejercicio del control social, en el que se extrema la rigurosidad, conduciendo ésta a conductas de violencia hacia los niños/as. Estos comportamientos son resultantes de un bajo control y manejo de las emociones por parte del adulto el cual posee en muchas ocasiones, una inmadurez e inestabilidad emocional y afectiva, lo que generalmente ha sido causa de una socialización y crianza en la que han estado presentes historias de maltrato y abandono durante la niñez.

El bajo nivel de vinculación íntima y permanente entre los miembros de las familias investigadas, conduce a una evasión de los roles parentales, por parte del adulto, manifestándose despreocupación por las necesidades básicas y afectivas del niño/a, las cuales son satisfechas de manera insuficiente y precaria. Las funciones familiares, por tanto, no se desarrollan ni se cumplen adecuadamente, conduciendo esto, a una desintegración e inestabilidad familiar que se va acrecentando con el tiempo.

Según Martínez y de Paúl (1993), plantean que el maltrato suele ser un síntoma de una familia desestructurada o desestabilizada en mayor o menor grado, por razones diversas de la interrelación parental, la relación de cada uno de los individuos de la familia, la vida social o laboral de cada uno de los mismos.

2.1.4 Distribución por Sexo del niño/a

Grafico N° 4
"Distribución por sexo"



Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

Del análisis realizado se puede concluir que, no existen grandes diferencias en la distribución por sexo de los casos estudiados, un 48% corresponde a sexo masculino,

mientras un 52% a sexo femenino, podemos establecer, por tanto, que los casos en que están involucradas niñas son levemente superiores.

Se puede inferir, por tanto, que el maltrato infantil no presenta mayor distinción en cuanto a género, lo que indica que a su vez, tanto niños y niñas están susceptibles de ser vulnerados y expuestos a violencia por parte algún adulto, esto indica además que el fenómeno del maltrato infantil se manifiesta de manera transversal.

2.1.5 Distribución por edad del niño/a

Esta dimensión hace referencia a la vinculación existente entre las etapas de desarrollo del niño/a y la incidencia de maltrato infantil. La clasificación por periodos de edad que se utilizará a continuación corresponde a la planteada por Erik Erikson (1950).

Tabla N° 1
"Distribución por edad"

Etapas de Desarrollo	Casos	Porcentajes
Lactancia y primera infancia (0-3 años)	14	16.5%
Niñez temprana (3- 6 años)	11	12.9%
Niñez intermedia (6-12 años)	23	27.5%
Adolescencia (12 -16 años)	37	43.5%
Universo Total	85	100%

Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

Los resultados obtenidos en la investigación, demuestran que 37 casos del universo, correspondientes a un 43.5%, se encuentran en la etapa de la adolescencia, en un segundo lugar 23 casos (27.5%), se ubican en la niñez intermedia, 14 casos (16.5%) se encuentran en la etapa de lactancia y primera infancia y en último lugar 11 casos (12.9%) en la etapa de niñez temprana.

Estas cifras nos muestran que la mayor parte de los casos atendidos por maltrato infantil en el Hospital Carlos Van Buren, se encuentran en la etapa de adolescencia, cabe señalar que estos casos al ingresar al hospital, no se atendían directamente por este motivo, sino por otras causas de atención, entre ellas; trastornos de conducta, intento de suicidio y abuso sexual.

Tomando en consideración que el grupo adolescente es aquel que presente mayor incidencia de maltrato infantil en el universo de casos se procede a exponer las causas de atención mas recurrentes, por las cuales este grupo ingresa al servicio de atención del

hospital Carlos Van Buren, se debe recordar tal como se señaló anteriormente, que los motivos de atención muchas veces distan de ser un hecho de maltrato infantil, el cual es determinado posteriormente por indagaciones médicas.

Tabla N° 2
“Causa de atención de adolescentes”

Causa de atención	Casos	Porcentajes
Intento de Suicidio	12	32.4%
Abuso sexual	8	21.6%
Trastorno de conducta	8	21.6%
Cefaleas	4	10.8%
Politraumatismo	3	8.1%
Otra enfermedad	2	5.4%
Total	37	100%

Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

Esta etapa se caracteriza por generar cambios físicos y psicológicos en el o la joven, los cuales son rápidos y profundos, esto debido al proceso de maduración que caracteriza a esta etapa, en la que se presenta esta transición de la niñez a la adolescencia, cambio que se reconoce como una búsqueda imperiosa de la identidad, volviendo al adolescente más confrontacional y directo en la relación con sus padres, y a su vez más reflexivo y analítico con respecto a las circunstancias y las condiciones de vida en las que se encuentra viviendo, cuando las relaciones interpersonales al interior de la familia son disfuncionales y de escasa calidad, provocan como consecuencia que el adolescente cuestione esta forma de vida.

Si, además, la dinámica familiar se caracteriza por episodios de violencia, que pueden ser dirigidos hacia el adolescente u otros miembros de la familia, esto eventualmente gatillaría la inestabilidad emocional y afectiva de éste, llegando a provocar trastornos de la personalidad, que pueden conducir eventualmente a intentos de suicidio.

Las prácticas de suicidio pueden ser reconocidas y comprendidas como un síntoma de episodios de violencia y desestructuración familiar, hecho que es descubierto generalmente a través de la atención psicológica o psiquiátrica de estos casos, en los que también es posible descubrir la presencia de abusos sexuales, en etapas anteriores a la atención médica o en la actualidad.

Con respecto a estos abusos se puede señalar que, “los niños que sufren experiencias de abuso sexual, por parte de algún miembro de la familia, generalmente han venido experimentando abusos continuados, como caricias y tocamientos por parte del

agresor, el cual en muchas ocasiones espera la realización del acto sexual, llegando la etapa de pubertad y adolescencia del niño/ a” (Perrone, 1997).

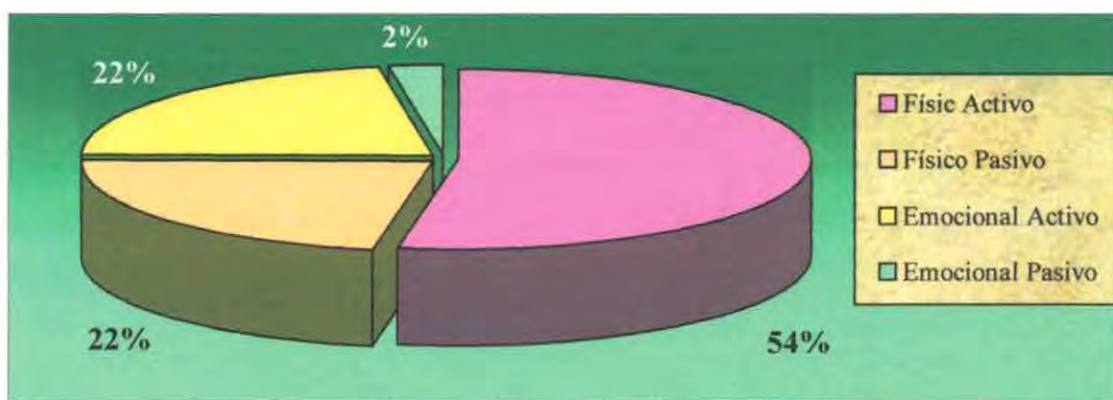
De acuerdo a los datos analizados, se consigna que de los 18 casos atendidos por abuso sexual, 8 de estos son ejercidos hacia adolescentes, de los cuales 6 casos corresponden a abusos ejercidos sobre el sexo femenino representando estos al 75% de los casos

En la situación de las niñas, este hecho podría explicarse por los cambios físicos que esta experimentando durante la pubertad, etapa en la cual el cuerpo de la pequeña cambia y toma cada vez más aspecto de mujer. Para el abusador, la feminización del cuerpo de la niña es la señal de que puede pasar a la fase de realización, y luego instalarse en la relación abusiva continua (Perrone, 1997).

2.1.6 Tipo de Maltrato

Esta dimensión da cuenta de la distribución de maltrato en el universo de casos, de acuerdo a la tipología establecida por Maria Ignacia Arruabarrena y De Paul (1994). En ésta se define el maltrato físico activo, como los actos de violencia física y agresiones sexuales ejercidas hacia niños/as, el pasivo como los actos de negligencia, mientras que el emocional activo y pasivo están referidos a las agresiones verbales ejercidas por los padres y los actos de omisión e indiferencia respectivamente.

**Gráfico N° 5
“Tipos de maltrato”**



Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

Al realizar un análisis generalizado sobre los tipos de maltrato, esto nos da cuenta que los niños / as y adolescentes que sufren maltrato físico activo, representan al 40% de los casos, éste tipo de maltrato, está constituido por la violencia física y el abuso sexual, el primero de esto es entendido como " cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o coloque en riesgo de padecerlo"(Arruabarrena et al,1998), mientras que el abuso sexual es entendido como" cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño" (Arruabarrena et al, 1998).

Un 17% de los casos investigados sufren de maltrato físico pasivo entendido este como"aquella situación donde las necesidades físicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño" (Arruabarrena et al, 1998). Si se considera el maltrato físico (activo y pasivo) los datos indican que un 72,5% pertenece a esta categoría, situación bastante compleja si se toma en cuenta la gravedad de la violencia y la negligencia presente en estos casos.

Los casos de maltrato físico, especialmente el físico activo, siempre van acompañado de un maltrato y/o abandono emocional, lo que aumenta la gravedad del caso y el daño causado sobre el niño/a. Los casos de maltrato emocional investigados (19%), no siempre involucran un maltrato físico de por medio, no por esto dejan de ser graves, considerando el daño psicológico y afectivo que se provoca en los niños, este tipo de maltrato consiste en "una hostilidad verbal crónica en forma de insulto, crítica o amenaza de abandono, y una falta persistente de respuesta a las señales, y expresiones emocionales iniciadas por el niño para establecer proximidad con sus padres" (Arruabarrena et al, 1998).

Si bien se puede identificar a partir de los datos expuestos, que el maltrato y abandono emocional conforman una cifra inferior, en comparación a los datos relativos al maltrato físico, se señala a su vez que este tipo de maltrato genera consecuencias tan significativas en el desarrollo del niño/a, al mismo nivel que las causadas por la agresión física.

Dentro de las tipologías de maltrato infantil, aquellas que involucran abandono o daño emocional, son difíciles de identificar y conocer, esto debido a las características del daño causado, el cual no es reconocible físicamente ni observable. Dicha condición provoca que muchos de los maltratos emocionales, ejercidos sobre niños / as difícilmente sean conocidos o descubiertos y su detección en los servicios de salud, sea generalmente como consecuencia de otro hecho que motiva su pesquisa.

2.1.7 Motivos de Atención

Esta categoría dice relación con los motivos que originaron la atención del niño/a en los Servicios de Pediatría del Hospital. A pesar de los motivos que dieron origen a la atención, el maltrato infantil fue determinado posteriormente, mediante indagaciones médicas.

Tabla N° 3
“Motivos de Atención según Maltrato Físico”

Tipo de Maltrato	Motivo de atención	Casos	Porcentajes
Maltrato Físico	Fracturas	13	48.1%
	Trastorno de conducta	9	33.3%
	Intoxicación medicamentosa	2	7.4%
	Quemaduras	2	7.4%
	Enfermedades epidemiológicas	1	3.8%
	Total	27	100%

Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren enero 2005- mayo 2007

Con respecto a los casos de maltrato físico se puede señalar, que uno de los motivos de atención más recurrente al momento de ingresar al hospital son fracturas de carácter múltiple, correspondiente a 13 casos (48.1%). Esta causa de atención, se puede apreciar como la manifestación más evidente de un daño físico grave, el cual expresa su magnitud en consecuencias somáticas e indicadores directos que denotan de forma evidente la presencia de maltrato físico.

Otro de los motivos de atención recurrente, que se asocia con el maltrato físico, corresponde a los trastornos de conducta, los cuales representan a 9 casos (33.3%), de las atenciones, se puede deducir por tanto que las experiencias de maltrato físico inciden directamente en el desarrollo de la personalidad del niño/a, de acuerdo a esto podemos señalar que “los niños maltratados presentan mas síntomas de trastornos de conducta, entre los que se pueden señalar retraso intelectual, hiperactividad, la ansiedad de separación, el pobre control de impulsos, la disminución del autoconcepto, las conductas autodestructivas y el retraso en el rendimiento escolar” (Martínez, et al, 1993).

Los estudio realizados sobre la conducta social de los niños maltratados, indican que muchos de ellos adoptan patrones de conducta similares a los de sus padres, caracterizándose por la agresión y los déficit en habilidades sociales (Cantón et al, 2004)

Tabla N° 4
"Motivos de Atención según Abuso Sexual"

Tipo de Maltrato	Motivo de atención	Casos	Porcentajes
Abuso Sexual	Abuso sexual	10	56%
	Intento de suicidio	3	17%
	Anorexia	2	11.1%
	Cefaléas	2	11.1%
	Sífilis	1	5.6%
	Total	18	100%

Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

Los motivos de atención más recurrentes en los casos detectados por abuso sexual, corresponden a intento de suicidio, cefaleas, anorexia, sífilis y en su gran mayoría la atención fue motivada por el propio abuso sexual, que corresponden a 10 casos representado en un 56% de éstos. Lo que hace deducir que la mayoría de los casos que ingresan al servicio de urgencia del hospital, lo hacen directamente por este tipo de abuso, y en otras situaciones consultan por otros motivos. Los que finalmente culminan en la detección de un abuso sexual actual u ocurrido en el pasado y que fue pesquisado a medida que transcurre la terapia o el tratamiento psicológico psiquiátrico de estos casos."

De acuerdo al estudio de los motivos de atención en casos de abuso sexual, se plantea que las consecuencias más predominantes que se presentan en estos casos, corresponden a depresión, conducta retraída y aislada, intentos de suicidio, conductas autoagresivas (anorexia) y quejas somáticas (Cefaléas). Estos síntomas permiten establecer delimitaciones de alguna de las características que presentan como consecuencias la conducta de los niños / as abusados sexualmente, estas por tanto son las manifestaciones somáticas con las que ingresan los niños /as a los servicios de atención, las que en una primera instancia puede ser apreciadas como una simple patología medica que no reviste mayor trasfondo y análisis, por lo cual se plantea que frente a estos indicios se debe poner mayor atención, tanto desde la perspectiva familiar como desde la atención medica de salud.

Tabla N° 5
"Motivos de Atención según Negligencia"

Tipo de Maltrato	Motivo de atención	Casos	Porcentajes
Negligencia	Enfermedades Infecciosas y/o Epidemiológicas	6	31.6%
	Trastorno de conducta	4	21.1%
	Retraso del Desarrollo Psicomotor	2	10.5%
	Desnutrición	5	26.3%
	Intoxicación Medicamentosa	1	5.3%
	Parálisis Cerebral	1	5.3%
	Total	19	100%

Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

De acuerdo a los casos de negligencia, se puede señalar que los motivos de atención más recurrentes según este tipo de maltrato corresponden en su mayoría a enfermedades epidemiológicas y/o infecciosas representando 6 casos (31,6%) y desnutrición representado en 5 casos (26.3%), ambas se relacionan al abandono y descuido de las necesidades básicas de los niños por parte de los padres, dichas necesidades tienen que ver con no proporcionar una alimentación balanceada, despreocupación en la asistencia a controles médicos, proporcionar cuidados adecuados cuando se trata de un niño con problemas de salud, desinterés por realizar tratamientos médicos prescritos a los niños o ignorar los consejos médicos ante las enfermedades crónicas.

En el segundo lugar se ubica las enfermedades relacionadas con los trastornos de conducta, lo que se ve representado en 4 casos (21.1%), este tipo trastorno se relaciona con un ambiente que no estimula ni favorece la adquisición de conocimientos y aprendizajes, produciendo por tanto retrasos en el desarrollo, alterando la conducta de tipo relacional (amigos, familiares) principalmente con la carencia de estímulos o este distorsionado este estímulo. La carencia de límites, guía, aprobaciones, reprobaciones y consejos de personas de referencia es un elemento modificador de la conducta.

Otro motivo de atención que se asocia a los casos de negligencia, se relaciona con el retraso en el desarrollo psicomotor, que se representan en 2 casos (10,5%), la escasez de estímulos específicos adecuados para cada conducta durante sus primeras etapas de vida, es motivo del desarrollo alterado de las mismas. Por ello es muy importante la valoración continuada del niño en su proceso de maduración y desarrollo; asimismo es necesario medir sus adquisiciones en el área de sociabilidad, lenguaje, manipulación y gravitorio-motores, cuando no se muestre una alteración orgánica o metabólica, hay que pensar que el retraso se produjo por carencias en la estimulación.

Tabla N° 6
“Motivos de Atención según Maltrato Emocional”

Tipo de Maltrato	Motivo de Atención	Casos	Porcentajes
Maltrato emocional	Intento de Suicidio	11	52.4%
	Trastorno de Conducta	10	47.6%
	Total	21	100%

Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005- mayo 2007

De acuerdo a los motivos de atención que se asocian con el maltrato emocional, se puede destacar que los más recurrentes son el intento de suicidio con 11 casos (52,4%) y el trastorno conductual con 10 casos (47,6%), estas manifestaciones se asocian a la

vulnerabilidad y sensibilidad que tiene cada niño/a, pues cada niño reacciona de forma única frente a las agresiones psicológicas que ejercen los padres hacia sus hijos.

Los motivos de atención expuestos anteriormente, se encuentran relacionados puesto que una de las manifestaciones más extrema del trastorno de conducta son las ideaciones suicidas o intentos de suicidios, conducta antisocial que es vista como una "vía de escape" frente a la realidad de maltrato emocional en que se encuentran inmersas las víctimas.

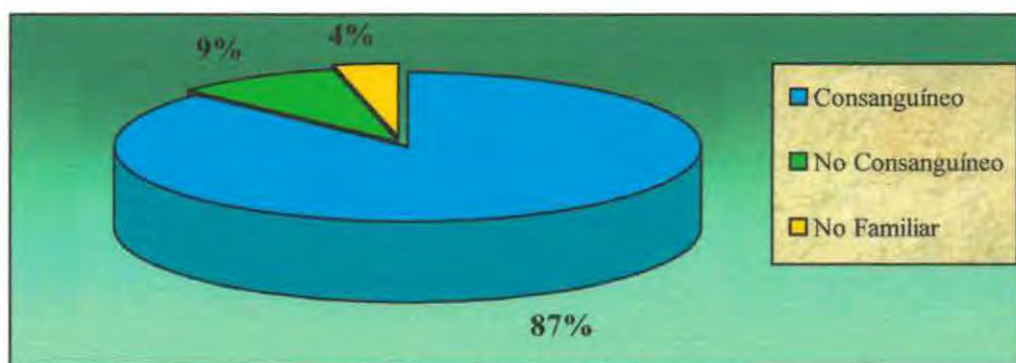
Conforme a lo expuesto anteriormente se plantea, que los motivos de atención muchas veces pueden ser sólo consecuencias de un tipo de maltrato que no se expresa evidentemente, sino que lo hace a través de sintomatologías. Las que son una expresión de un problema mayor, por lo cual resulta de especial relevancia prestar atención a las manifestaciones e indicadores, que presentan estos pacientes al momento de ingresar al servicio hospitalario.

Con respecto a las enfermedades anteriormente señaladas, se puede plantear que, los niños sometidos a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas. Esto se traduce en un incremento de los problemas de salud, estas enfermedades generalmente son la manifestación y el síntoma de un problema más profundo, que a veces permanece oculto hasta llegar al servicio de atención, en el cual el maltrato es detectado a partir de las indagaciones médicas.

2.1.8 Quien ejerce el Maltrato

Esta dimensión hace referencia a los vínculos que unen al agresor con la víctima de maltrato infantil, permitiendo determinar si el agresor pertenece o no al entorno familiar.

Gráfico N° 6
"Quien ejerce el maltrato"



Fuente: Fichas clínicas y sociales. Hospital Carlos Van Buren, enero 2005 - mayo 2007.

El presente estudio ha dado como resultado que el maltrato infantil presenta un carácter intrafamiliar, el cual se señala como un fenómeno que se produce dentro del hábitat habitual del niño/a, es decir, en su familia. Los agresores directos pueden ser cualquiera de las personas que viven con el niño/a y que tienen a su cargo su educación, formación y cuidado.

De acuerdo a la información recolectada, el maltrato es ejercido principalmente por aquellos adultos cercanos al niño, especialmente por parientes consanguíneos, como abuelos, tíos, hermanos, primos y principalmente los progenitores, quienes se encuentran a cargo del cuidado y crianza de los niños. Estos son los encargados de aplicar las pautas de crianza y conducta, utilizando la violencia física o verbal como una manera de socializar. Por su parte, en la gran mayoría de los casos de abuso sexual, el agresor proviene del entorno social inmediato del niño/a y adolescente y no es una persona ajena a la convivencia familiar, este actor es quien abusa de su posición de poder en relación al niño, obligando a éste a permanecer en silencio a través de amenazas dirigidas a él y su familia, éste acuerdo tácito entre el agresor y la víctima hace mucho más difícil su detección, ya que inclusive si el niño/a llega a revelar la situación de abuso la familia, tiende a ser culpado del hecho, o bien es ocultado para reprimir la existencia del problema.

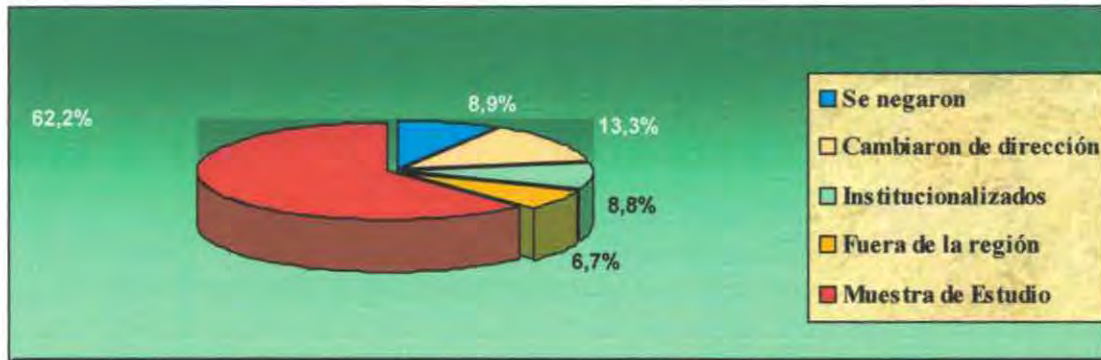
3. Análisis e Interpretación de la Muestra de Estudio

Tomando en consideración la amplitud de los casos en cuanto a la cantidad y la diversidad del tipo de maltrato presente en el universo, se procedió a seleccionar una muestra de estudio previamente justificada durante el diseño investigativo, correspondiente a casos de maltrato físico activo,

Con relación a la muestra de estudio, se establece que de un total de 45 casos previstos al inicio de la investigación, se logró tener acceso a 28 de éstos, siendo, por tanto, éste el número de casos analizados como muestra de estudio.

Los motivos por los cuales la potencial muestra de estudio disminuyó serán expuestos en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 7
 “Motivos que impidieron acceder a la potencial muestra”



Fuente: Visitas Domiciliarias y Visitas a Instituciones realizadas por alumnas seminaristas.

Dentro de los motivos por los cuales no se pudo acceder a la totalidad de la muestra se señala, que un 13,3% de los casos cambiaron de dirección y 6,7% de estos, lo hicieron a otras comunas de la región. Esta información fue constatada por medio de contactos telefónicos, en los que se pudo confirmar que estas familias cambiaron de domicilio. En otros casos se confirmó de forma directa, ya que al llegar al domicilio, se encontraba habitado por nuevos residentes, quienes desconocían la dirección actual de los anteriores habitantes.

Por otra parte un 8,9% de las familias escogidas en la muestra de estudio, se negaron a la entrevista algunas de manera telefónica y otras personalmente al momento de ser realizada la visita domiciliaria. Un 8,8% de los casos se encontraban institucionalizados, de estos resulta difícil tener acceso a sus datos, esto debido al resguardo y cautela que mantienen estas instituciones con respecto a la información confidencial de sus casos. En otras ocasiones, estos mismos correspondieron a niños / as que tuvieron un paso transitorio por las instituciones y de los cuales se desconoce su situación actual.

Los 28 casos a los que se pudo acceder a partir de visitas domiciliarias, corresponden a un 62,2% de la potencial muestra de estudio, representando a su vez al 32,9% del universo de casos. Cabe recordar que desde un 15%, la muestra de estudio pasa a ser representativa del universo, en este caso en particular dicha representatividad se circunscribe al espacio y contexto en el que se desarrolla la investigación, reflejando de esta forma la realidad particular del Hospital Carlos Van Buren.

La validez de este tipo de muestra no probabilística, se fundamenta en el hecho de que resultan útiles para la realización de estudios de características exploratorias, los cuales buscan conocer un fenómeno social en profundidad para lo cual se propicia especialmente

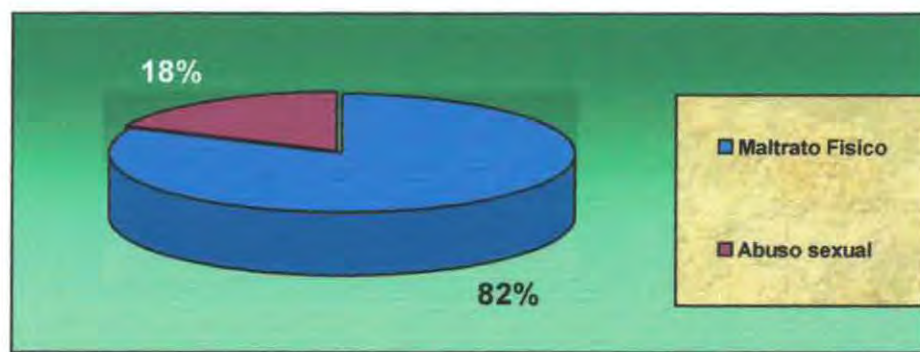
por los profesionales asistentes sociales un tipo de muestra intencionada o por cuotas que no involucre un tamaño excesivamente grande, a fin de promover el estudio tanto cualitativo como cuantitativo del grupo de investigación (Pastén, 2000).

Es de relevancia señalar que la información obtenida a partir de las visitas domiciliarias realizadas, constituye un gran aporte al enriquecimiento de la información que se poseía de los casos de maltrato infantil, previo a la investigación. En especial aquellos aspectos relativos a la subjetividad de los actores involucrados, y del contexto específico en el que se desenvuelven las experiencias, no obviando, por tanto, debido a la validez de la información comprometida, aquellos datos obtenidos rigurosamente desde las fichas clínicas e informes sociales de los pacientes atendidos por maltrato infantil, durante el periodo enero 2005 y mayo 2007 en el Hospital Carlos Van Buren. A continuación se expone un gráfico que da cuenta de la distribución de casos entrevistados, según el tipo de maltrato ejercido.

3.1 Distribución de la muestra de estudio según tipo de maltrato

Esta dimensión hace referencia al número de casos, con los cuales fue posible establecer contacto a través de la visita domiciliaria y a los cuales se pudo aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Gráfico N° 8
"Muestra de estudio según tipo de maltrato"



Fuente: Visitas domiciliarias realizadas por alumnas seminaristas

De acuerdo a la investigación realizada, y a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se puede determinar que de las dos tipologías en que se subdivide el maltrato físico activo, el maltrato físico representa un 82% del total de casos y el abuso sexual un 18% de estos. Cabe considerar que estos tipos de maltrato darán curso aún análisis desde un enfoque mixto de la información, considerando sus aspectos

sociodemográficos tanto del niño como de su familia, además, variables relativas a la dinámica familiar y factores de riesgo que inciden en la aparición de este fenómeno social.

A partir del estudio realizado, se puede establecer que en cuanto a los 23 entrevistados correspondientes a maltrato infantil físico, no se aprecia una diferencia de género en la aplicación de este maltrato.

La diferencia presente en cuanto a cantidad de casos según tipología, es decir, 23 casos entrevistados por maltrato físico y 5 casos por abuso sexual. Se fundamenta en el hecho, de que los casos de abuso sexual, en su mayoría se encuentran institucionalizados y corresponden también a los que se negaron a acceder a la entrevista, razón por la cual no se pudo tener acceso a los 18 casos previstos inicialmente.

Cabe mencionar que la institucionalización de los casos dificulta y pone una barrera a la investigación, esto debido al sistema según el cual funcionan estos organismos, los cuales cautelan la intimidad tanto de los niños como de sus familias. A diferencia de los casos de abuso sexual, si se pudo establecer contacto con la mayoría de los casos atendidos por maltrato físico en el hospital Carlos Van Buren.

Estudios realizados en Chile sobre maltrato infantil, como el tercer estudio comparativo UNICEF 2006, dan cuenta y confirman que el maltrato infantil, físico, corresponde al tipo de violencia con mayor incidencia a nivel nacional, representando un 53.8% de los casos estudiados. Esta tendencia se ve confirmada a partir de la información obtenida del presente estudio. Los datos expuestos a continuación dan cuenta de la incidencia de los distintos tipos de maltrato a nivel nacional y su comparación entre los periodos 1994, 2000 y 2006. Con respecto a la violencia física grave se puede apreciar una disminución entre estos tres periodos.

Tabla N° 7
"Frecuencia de violencia familiar. Cifras Comparativas"
Chile 1994 – 2006

Tipo de Violencia	1994	2000	2006
Física Grave	34,3	25,4	25,9
Física Leve	28,7	28,5	27,9
Psicológica	14,5	19,7	21,4
No hay Violencia	22,5	26,4	24,7

Fuente: Tercer estudio comparativo de maltrato infantil UNICEF, 2006

En la muestra de estudio el maltrato emocional o psicológico presentó una significancia estadística marginal, es posible decir, por tanto, que a pesar de su baja

predominancia, se puede señalar que no es menos relevante y que siempre acompaña actos de maltrato físico, puesto que al momento de generarse una agresión de este tipo, se acompaña de gritos, descalificaciones e insultos.

La diferenciación teórica que se establece entre maltrato físico y psicológico debe considerarse sólo de manera didáctica ya que esta aparejada al campo de la teoría, en la práctica es difícil la presentación en una forma delimitada. Además, es difícil pensar que el maltrato emocional no acompañe al maltrato físico, y lo más habitual es encontrar manifestaciones de más de un subtipo (Martínez, et al, 1993).

A continuación se dará paso al análisis de la información que se desprende de la muestra de estudio la cual se expondrá a partir de un análisis de enfoque mixto, en el cual las variables consideradas en la investigación serán analizadas tanto, desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa

4. Análisis Cuantitativo de la Muestra de Estudio

En el siguiente análisis se abordarán las variables sociodemográfica y Red Social, desde una perspectiva cuantitativa. Estos datos se desprenden a partir de la realización de un análisis documental de fichas clínicas e informes sociales, de pacientes atendidos por maltrato infantil en el Hospital Carlos Van Buren. Dicha información es complementada y enriquecida a través de las visitas domiciliarias realizadas por las alumnas. En las que se aplicaron técnicas de recolección de datos a las familias de la muestra de estudio, tales como fichas familiares y médico sociales, elaboradas por el equipo seminarista con la finalidad de obtener los datos necesarios que permitiesen el levantamiento del presente diagnóstico.

4.1 Variable: Situación Sociodemográfica

Esta variable hace referencia, a las características sociales y territoriales de los sujetos de estudio (niño y familia), así como también a la distribución geográfica de la población y datos relativos a la edad, sexo, escolaridad y características de la vivienda, entre otras.

De acuerdo a las características propias del fenómeno estudiado y bajo la orientación del modelo ecológico, se hace necesario indagar respecto del contexto social, familiar y económico donde se desenvuelve la vida y el conjunto de relaciones de la población objeto de la presente investigación, con el fin de obtener una caracterización y análisis relacionado con variables sociodemográficas, que hacen posible el establecimiento de condicionantes (factores potenciadores) de la aparición de episodios de violencia al interior de estas

familias. Es la familia precisamente la organización social, que otorga por medio del cumplimiento de sus funciones, las condiciones básicas para que toda persona se desarrolle en términos emocionales, sociales y económicos.

Cabe señalar que la variable situación sociodemográfica será analizada a partir de dos dimensiones: antecedentes del niño y antecedentes del grupo familiar.

Conforme a lo anteriormente expuesto y de acuerdo a la realidad estudiada es posible establecer las siguientes características:

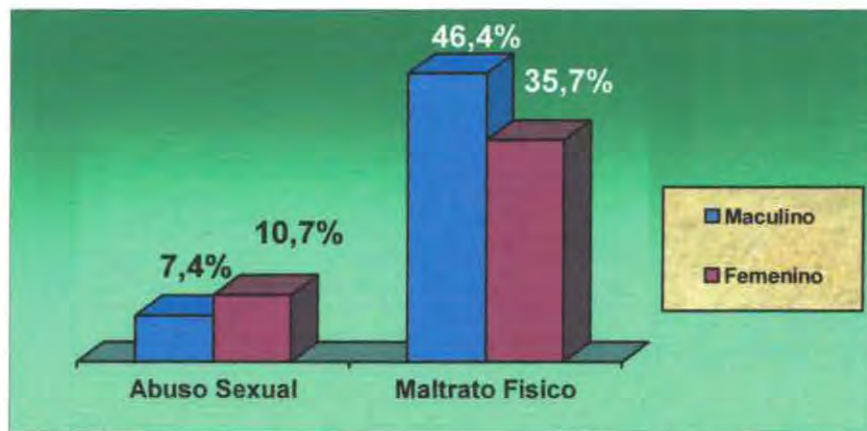
4.1.1 Antecedentes del niño/a

Referidos a las características personales del niño/a, asociadas a género, edad y situación de salud y aquellas relativas a aspectos sociales tales como escolaridad y tipo de establecimiento al que asiste.

- Sexo según el tipo de maltrato

Esta subdimensión hace referencia, a la relación existente entre el sexo del niño, y el tipo de maltrato ejercido.

Gráfico N° 9
"Sexo del niño según tipo de maltrato"



Fuente: Fichas familiares y médico sociales. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007

Con relación al abuso sexual se aprecia una leve diferencia porcentual entre el sexo del niño, lo que permite concluir que este tipo de abuso se presenta de manera transversal en grupos de sexo femenino, representado por 3 casos (10.7%) de la muestra de estudio, mientras los casos de sexo masculino, alcanzan a 2 casos (7.4%). El porcentaje de niñas es mayor en relación con el de niños, esto puede deberse a las características físicas

presentes en las niñas las que debido a sus características de feminización inducirían el surgimiento de manifestaciones sexuales desviadas por parte de un adulto.

A su vez se puede plantear otra explicación que podría encontrarse fundamentada en el hecho del ocultamiento y silencio en el que se mantienen los varones, cuando experimentan estas vivencias, lo que reduce el porcentaje de casos conocidos en este grupo, y aumenta el porcentaje en niñas.

Según diversos estudios se ha demostrado que los abusos sexuales afectan a un 75% de las niñas y un 25% de los niños. Sin embargo, estos últimos hablan menos que las niñas al respecto y cargan "con el peso del silencio", debido probablemente a que temen perder su imagen masculina si explican lo ocurrido, soliendo tener miedo de ser homosexual o ser tildado de serlo. Por estas razones los casos desconocidos son especialmente elevados, pasando a formar parte estos casos, del grupo invisible de abuso sexual (Besten, 1997).

Los resultados del presente estudio concuerdan con lo planteado anteriormente por el autor, lo que hace pensar que existe una gran mayoría de casos de abuso sexual masculino, que no son denunciado ni reconocido por los afectados, contribuyendo con esto a la "invisibilidad del abuso sexual", ya que hasta hace unos años, se creía que prácticamente el abuso sexual sólo lo sufrían las niñas, pero en la actualidad se sabe que esto no es así, ya que tanto niñas como niños tienen altas probabilidades de ser agredidos de igual manera, manifestándose con esto, la transversalidad del fenómeno en cuanto a género.

Con respecto al maltrato físico se puede señalar una considerable diferencia en cuanto a sexo, siendo según los datos expuestos, el grupo masculino quien general mente es expuesto a maltratos de carácter físico, representado en 13 casos (46.4%), mientras las niñas sólo alcanzan a 10 casos (35.7%) de estos.

Un factor que influye en el ejercicio de maltrato hacia los niños encuentra sus explicaciones en el hecho, de que los varones, presentan mas problemas de conducta, de todas formas no queda claro, si estos presentan más problemas de conducta o son únicamente percibidos como problemáticos por las padres, ni si tales problemas de conducta en caso de existir, son previos o posteriores a la aparición del maltrato físico (Arruabarrena et al, 1998), estos datos permiten confirmar que existen pocos antecedentes que expliquen las razones de esta diferenciación del maltrato físico según sexo del niño.

En los casos atendidos por maltrato físico activo, son tratadas generalmente sólo las secuelas físicas, durante el periodo de tiempo que dura la hospitalización, sin embargo posterior al alta medica, estos pacientes, no continúan recibiendo tratamiento medico, a

pesar de las secuelas posteriores causadas por el maltrato, especialmente las de tipo psicológicas, esto se confirma a partir de las cifras arrojadas por el estudio, en las que se señala que un 67.8% de los casos atendidos por maltrato infantil físico y abuso sexual, se encuentran actualmente sin tratamiento.

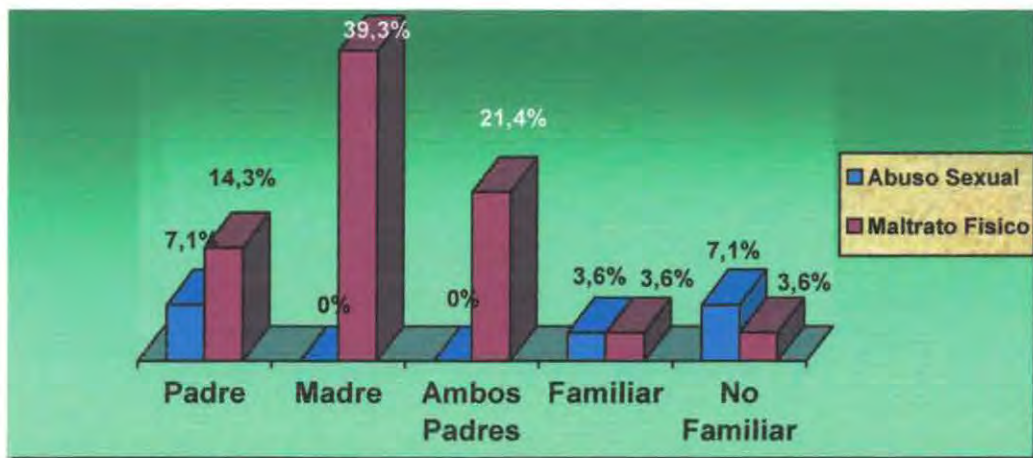
Finalmente se puede concluir planteando, que a pesar de las diferencias porcentuales expuestas anteriormente, no se puede desconocer el hecho de que tanto niños y niñas están susceptibles a ser vulnerados y expuestos a maltratos y/ o abusados sexuales.

La diferencia muchas veces puede recaer en la capacidad que las víctimas tienen para reconocer y contar a otros la experiencia que se encuentran viviendo.

• **Quien ejerce el maltrato según tipo de maltrato**

Esta subdimensión hace referencia al vínculo familiar existente entre el agresor y el niño/a, de acuerdo al tipo de maltrato ejercido.

Gráfico N° 10
“Quien ejerce el maltrato físico y abuso sexual”



Fuente: Fichas familiares y médico sociales. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007

En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona. Es por eso que un vínculo caracterizado por el ejercicio de la violencia de una persona hacia otra se denomina relación de abuso (Corsi, 1994). Esta relación de abuso, se

caracteriza por la voluntad de causar daño a otro, el cual en este caso específico, no posee muchas veces la cognición y la fortaleza física necesaria para oponerse al daño.

De acuerdo a los datos graficados anteriormente, queda en evidencia que existe una diferencia entre quien ejerce el maltrato y el tipo de maltrato. En cuanto al abuso sexual, se puede señalar, que son los hombres quienes en su mayoría someten a los niños a sufrir este tipo de maltrato, se destaca el abuso cometido por familiares tales como padrastros, convivientes, primos etc (3.6%) y por personas no familiares cercanas al grupo familiar como amigos vecinos (7.1%). En ambas situaciones los agresores sexuales de niños y niñas son mayoritariamente varones, oscilando los porcentajes entre un 80% y un 90% según lo planteado por Cantón Duarte (2004).

Y con respecto a lo señalado por Jorge Corsi (1994), se destaca que en más de un 90% de los casos, el abusador será masculino y en más del 80% de estos, será una persona conocida por el niño.

En ambas situaciones, este tipo de maltrato podría explicarse por condiciones de desigualdad entre la víctima y el adulto, quien ante todo busca satisfacer de forma consciente o inconsciente sus necesidades sexuales, ya que "estos agresores se caracterizan por no haber llegado nunca a madurar psicosexualmente" (Cantón, et al, 2004) además se puede afirmar que en la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social más próximo al menor, ya sea de su propia familia, amigos o parientes cercanos.

El lugar de los hechos suele ser aquel en el cual los niños deberían encontrar cariño, protección y consuelo, es decir, el entorno social del pequeño, sobre todo la familia. Al menos una cierta parte de los autores de abusos sexuales son padres o padrastros, la mayoría de los niños conocen al autor de los abusos desde hace tiempo y solamente un pequeño porcentaje de los casos es completamente desconocido para la víctima. Cuanto mejor conozca el autor del abuso sexual a la víctima, el grado de violencia física y psíquica para someterlo también será menor. Esto se debe a la obediencia de los niños y a los sentimientos favorables que su agresor le inspira (Besten, 1997).

Con respecto al maltrato físico se puede señalar que, estos datos confirman la tendencia existente a nivel nacional, en la cual se plantea que las madres son quienes más agreden físicamente a sus hijos, en un 50% de los casos, mientras los padres lo hacen en un 29.5% (UNICEF, 2006).

De acuerdo a la investigación se plantea, que es la madre quien ejerce con mayor frecuencia el castigo físico sobre sus hijos, en un 44.4% de los casos, esto podría deberse a

que la responsabilidad del cuidado de los hijos y de las decisiones en el grupo familiar corresponden a la madre, así como también es ésta quien permanece mayor tiempo en la casa, siendo la encargada de educar a sus hijos, si a esto se añade que el castigo físico es considerado culturalmente como una medida disciplinaria, es la mujer quien ejercerá con mayor frecuencia esta medida correctiva, quien a su vez se encuentra mayormente sometida a situaciones de estrés, lo que las hace ser más irritables e intolerantes. "Estas madres tienen umbrales más bajos de tolerancia a las conductas aversivas de los niños y por tanto pueden reaccionar más fácilmente con conductas agresivas e incontroladas" (Martínez, et al, 1993).

Para que se produzca la conducta maltratadora son necesarias, la presencia de ciertas condiciones, tales como una persona con un potencial para maltratar, en este caso específico, se señala que las madres maltratadoras sufren un alto nivel de malestar psíquico presentando un sentimiento de inadecuación y baja autoestima.

Estas madres tienden además a interpretar las conductas de los hijos como inapropiadas y provocativas, atribuyéndole intencionalidad a las acciones inadecuadas de sus hijos, se agrega a estas condicionantes, la presencia de un ambiente social y familiar hostil, en las que "el maltrato físico es una expresión de la disminución en la habilidad para enfrentarse al estrés" (Justice, 1985 en Martínez et al, 1993).

Dentro de las situaciones que predisponen la presencia de estrés familiar se cuentan, algunos factores sociales, tales como el aislamiento, la ausencia de apoyo social, la situación laboral (inestabilidad o desempleo) las que provocan una reducción de la tolerancia al estrés lo que dificulta afrontar competentemente el cuidado de los hijos (Sanz, et al, 1999).

Lo que tienen en comunes ambas categorías de maltrato infantil, enunciadas anteriormente, es que el daño ocasionado por acción u omisión, se oculta y tergiversa, y no es claramente explicitado por los agresores. Además, estos en su mayoría compelen al niño a guardar silencio sobre la experiencia vivida, el secreto, la vergüenza y la culpa, que las víctimas sienten hacen que el develamiento tarde mucho en aparecer. Generalmente, se

detectan casos de maltrato físico y negligencia, los cuales se denuncian, pero ocurre que muchos de estos niños maltratados, son también abusados sexualmente, y ello no se denuncia hasta mucho después de ocurrido el hecho (Sanz, et al, 1999).

La presencia de abusos sexuales resulta mucho más difícil de ser reconocida que las experiencias de maltrato físico, esto debido a las manifestaciones físicas que el hecho puede producir en la víctima. Mientras la agresión física deja huellas visiblemente observables, el abuso sexual prácticamente es irreconocible, esta falta de evidencias físicas del daño ocasionado, es la que generalmente provoca dudas e incredulidad frente al relato del niño/a, el que a su vez en último término se convence de que no existe daño si es que no hay huellas. Muchos de los abusos sexuales que son reconocidos durante la pubertad y adolescencia, forman parte de experiencias que la víctima venía padeciendo probablemente desde la niñez temprana, etapa de la vida en la que la connotación del acto sexual aun no es comprensible.

- **Edad del niño/ a según el tipo de maltrato**

Esta subdimensión hace referencia al periodo de edad y etapa de desarrollo en que tiene mayor incidencia el maltrato físico, y el abuso sexual. Las categorías de edad que se utilizaran para analizar la presente dimensión, corresponden a la planteada por la teoría psicosocial de Erikson (1950).

Tabla N° 8
"Tipo de maltrato según edad"

	Edad del niño/ a	Casos	Porcentajes
Maltrato Físico	0 – 3 años	4	17.4%
	3– 6 años	5	22.0%
	6– 12 años	10	43.5%
	12 – 18 años	4	17.4%
	Total	23	100%
	Edad del niño/ a	Casos	Porcentajes
Abuso Sexual	0 – 3 años	0	0%
	3– 6 años	0	0%
	6 – 12 años	2	40%
	12 – 18 años	3	60%
	Total	5	100%

Fuente: Fichas familiares y médico sociales. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007

En cuanto a la edad de los niños víctimas de maltrato físico de acuerdo a la muestra de estudio, se plantea que esta bordea en promedio los 9 años de edad, la que se ubica dentro de la etapa de desarrollo niñez intermedia (6-12 años). Los casos que se encuentran situados en este rango de edad, corresponden a 10 casos (43.5%).

Este período de edad se caracteriza por constituir una etapa en la cual los niños comienzan a pensar de manera lógica y a la vez concreta, si bien aún no son capaces de expresar el pensamiento de manera abstracta, desarrollan considerablemente la capacidad de memoria y habilidades lingüísticas. Estas características convierten al niño/a en esta etapa, en una persona más desenvuelta y con mayor sentido de la voluntad y la iniciativa. Cualidades que eventualmente influirían en comportamientos percibidos como problemáticos o difíciles por parte de los padres, los que optan por la utilización de técnicas disciplinarias, en las que estos pierden el control dañando físicamente a los niños.

Con respecto a los casos de abuso sexual, se puede señalar que 3 casos (60%) se encuentran en la etapa de desarrollo adolescencia (12 – 18 años) son adolescentes son expuestos a experiencias de abuso sexual, esta etapa se caracteriza por generar cambios físicos y psicológicos en el joven, los cuales son rápidos y profundos, esto debido al proceso de madurez que caracteriza a esta etapa, en la que se presenta la transición de la niñez a la adolescencia, cambio reconocido por una búsqueda imperiosa de la identidad (Papalia, 2001). Esta experiencia de maltrato tal como se planteó anteriormente, es ejercida especialmente en el grupo femenino presentando un mayor porcentaje que el masculino, sin desconocer la invisibilidad que se encuentra presente en los casos de abuso sexual ejercido sobre niños.

Es importante señalar que cada etapa de desarrollo involucra la superación de determinadas crisis en la personalidad. Por tanto, las consecuencias que se generen en el niño/a u adolescente ya sea por maltrato físico y/o abuso sexual, dependerán de la etapa de vida en la que este se encuentre, del nivel de madurez que posea y si el niño se adapta a las exigencias de cada crisis evolutiva.

- **Tipo de ingreso Hospitalario**

Esta subdimensión se encuentra referida a la vía de ingreso del niño/a y/o adolescente al Hospital Carlos Van Buren.

Tabla N° 9
“Tipo de ingreso Hospitalario”

Tipo de ingreso	Casos	Porcentajes
Urgencia	20	71.4%
Interconsulta	8	29.0%
Judicial	0	0
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares y médico sociales. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007

Con respecto a estos datos se puede establecer, que 20 (71.4%) de los casos de la muestra de estudio ingresó al hospital por una atención de urgencia, en la cual un familiar, o cercano al niño, solicitó la atención por alguno de los siguientes motivos: politraumatismo, intento de suicidio, enfermedades infecciosas, quemaduras y secuelas producidas por abuso sexual.

Cabe señalar que estas atenciones derivan generalmente en la hospitalización del menor y la posterior judicialización del caso, esto confirma el nivel de gravedad de estos con respecto al daño físico provocado. Se destaca que ninguno de los casos ingresados al Hospital por maltrato infantil, lo hizo a través de una medida judicial. Lo que hace concluir que estas medidas son adoptadas posteriores a la atención médica, en la cual se confirma la presencia de un tipo de abuso ya sea físico o sexual, y a raíz de estas indagaciones se da curso a un proceso de judicialización de los casos.

Generalmente este procedimiento judicial tiene inicio posterior a la denuncia, la cual es llevada a cabo en el servicio del hospital. Esto hace suponer que las familias aún prefieren guardar silencio sobre las situaciones de abusos a las que se encuentran expuestas, tomando sólo medidas después de que los hechos se han salido de control culminando en lamentables hospitalizaciones para los principales afectados que son los niño/as. Un 29.0% de los casos, ingresa al hospital derivado a través de una interconsulta, desde los centros de atención primaria, en estos casos la derivación contempla atenciones de carácter neurológico y psiquiátrico, dirigidas específicamente hacia niño/as con trastornos conductuales.

- **Tipo de establecimiento al que asiste el niño/a.**

Esta subdimensión hace referencia a la distribución de casos entrevistados, según tipo de establecimiento educacional al que asisten, ya sea tipo municipal, subvencionado o particular.

Tabla N° 10
“Tipo de establecimiento al que asiste el niño/a”

Tipo de establecimiento	Casos	Porcentajes
Municipalizado	18	64.3%
Particular subvencionado	4	14.3%
Particular	1	3.6%
No asisten por su edad	5	17.8%
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares y médico sociales. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007.

Con respecto a la escolaridad de los niños/as, se señala que 15 de los casos representan un 53.6%, y estos se encuentran cursando la enseñanza básica, 8 casos (28,6%) se encuentran en la categoría pre escolar y 5 casos (17,8%) cursan la enseñanza media. De acuerdo a esta información, se puede señalar que en la totalidad de las familias entrevistadas los niños / as y adolescentes se encuentran insertos en el sistema educacional, manifestándose a su vez por parte de las familias una valoración por la educación de los hijos/as y un interés porque estos continúen estudiando.

La gratuidad en la educación y las diversas posibilidades existentes de subsidio para el estudio, ha promovido en los grupos sociales carentes de ingresos económicos sustentables, mantener a sus hijos dentro del sistema educacional. Lo que es visto como una alternativa de surgir socialmente y de cumplir con las expectativas que se han ido poco a poco imponiendo positivamente en la sociedad, como por ejemplo, la obligatoriedad de la educación. Esta condición sobrepone frente a cualquier adversidad familiar, ya que actualmente las posibilidades, permiten que niños que conviven en contextos de pobreza puedan optar a la educación municipalizada y a aportes estatales de mantención en caso de acreditar situación de pobreza o extrema pobreza.

En razón a las características socioeconómicas de las familias sujetos de estudio, las escuelas municipalizadas ocupan el primer lugar de opción dentro de la distribución de establecimientos, conforme a esto se da cuenta, que 18 casos (64,3%) se encuentran asistiendo a escuelas o liceos municipalizados, 5 casos (17,8%) no asisten debido a su edad, 4 casos (14,3%) asisten a colegios particulares subvencionados y sólo un caso (3,6%) asiste a colegio particular

La escuela generalmente es el espacio en el que el niño/a convive diariamente y gran parte del día, es también la posibilidad de evadir y escapar momentáneamente de las situaciones de violencia a las que se encuentra siendo expuesto, es aquí donde muchas veces son reconocidas e identificadas las primeras señales de violencia infantil, por parte del equipo docente. Son estos profesores quienes se convierten en confidentes de los niño/as cuando ellos no encuentran a quien confiar lo que están padeciendo.

Un niño/a escolarizado tendrá mayores posibilidades de recibir apoyo y de encontrar refugio frente a situaciones de violencia. La red escolar puede brindar respuestas y alternativas al problema del maltrato infantil, contactando a la familia, indagando sobre el hecho y denunciando los casos de vulneración grave de los cuales se posean antecedentes.

Sin embargo, aún se requiere una normativa específica para el ámbito educativo, que regule y especifique el abordaje del problema del maltrato infantil. Escaso perfeccionamiento docente en esta área, carencia de instrumentos de registros y protocolos de acción, unido esto, a la inseguridad del sistema educativo, con respecto a la elaboración de un diagnóstico adecuado y un temor a implicaciones legales. Son las condiciones que en definitiva contribuyen, a que el fenómeno de la violencia hacia los niños continúe permaneciendo oculto.

- **Estado de salud del niño/a (después del alta hospitalaria)**

Esta categoría hace alusión al estado de salud del niño/a posterior al alta hospitalaria, determinando el número de casos que se encuentra en tratamiento médico y/o psicológico a causa de las experiencias de maltrato.

Tabla N° 11
“Estado de salud del niño/a”

Estado de Salud	Casos	Porcentajes
En tratamiento Médico y/o psicológico	9	32.1%
Sin tratamiento Médico y/o psicológico	19	67.8%
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares y médico sociales. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007.

Conforme a los datos referidos, se plantea que 19 niños/as y adolescentes, representado en un 67.8% de los casos, se encuentran sin tratamiento médico y/o psicológico después del alta hospitalaria (67.8%). Esta situación evidencia un escaso reconocimiento de la gravedad e importancia del problema por parte de las familias, quienes tienden a negar el hecho y minimizarlo no siendo capaces de adoptar conductas responsables frente a este problema social. Lo que provoca como resultado que los niños no se sometan a un tratamiento adecuado que les permita superar esta experiencia y sus posibles consecuencias físicas y/o psicológicas.

4.1.2 Antecedentes del grupo familiar

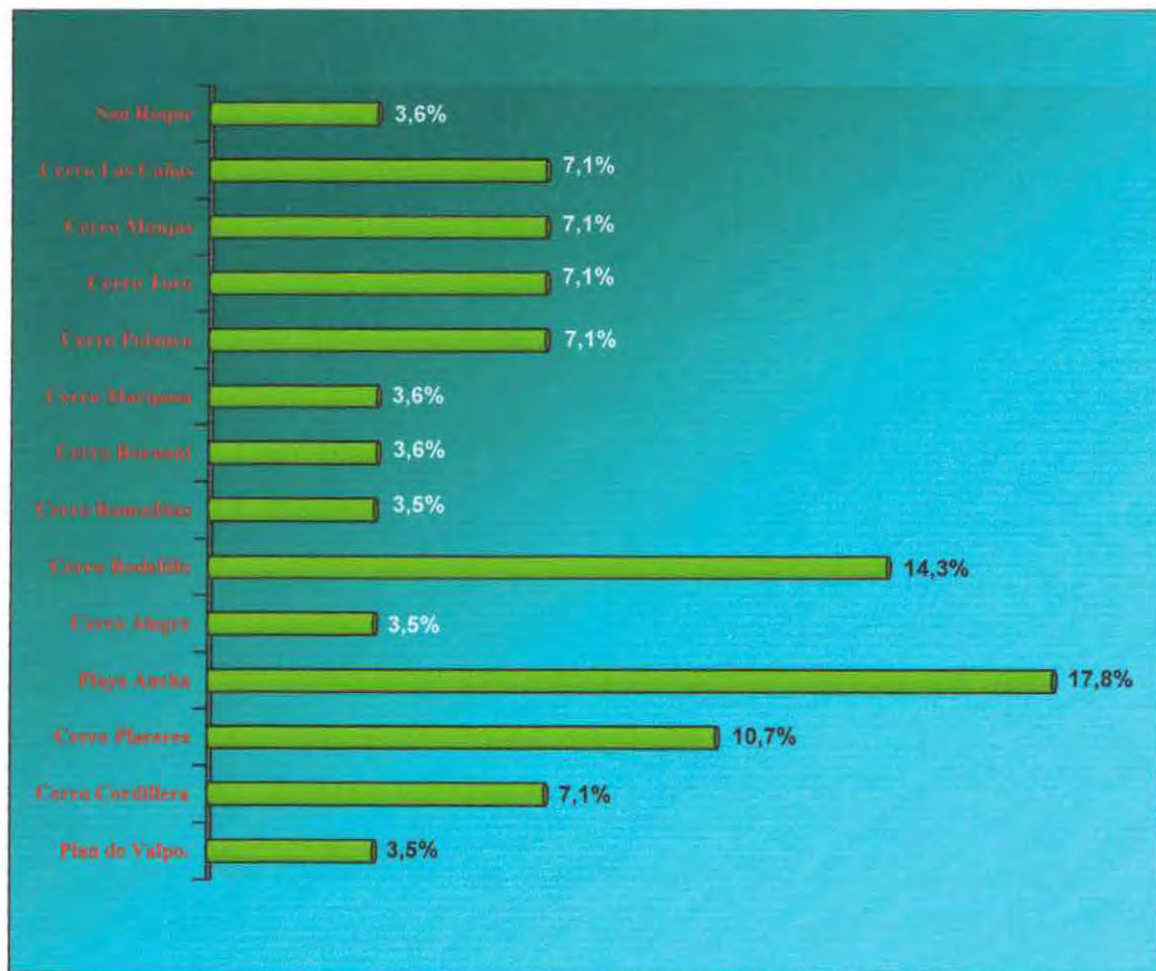
Esta información hace referencia a los datos de la familia, en cuanto a sus características territoriales, es decir, la ubicación geográfica en las que estos grupos se distribuyen, sus características socioeconómicas y aquellas que aluden a la situación de salud de los integrantes, describiendo con ello las enfermedades más comunes que estos presentan.

- **Procedencia Geográfica**

Estos datos hacen referencia a la distribución territorial del universo de casos, es decir se intenta establecer que espacios dentro de la comuna de Valparaíso, son mayoritariamente habitados por las presentes familias estudiadas. Esta información permitiría focalizar la atención hacia aquellos sectores de la población que presentan mayor incidencia en hechos de maltrato infantil, facilitando la coordinación con redes y organismos de base de la comunidad que puedan eventualmente significar un aporte a la detección e intervención de este fenómeno social.

Gráfico N° 11

“Procedencia Geográfica de las familias sujetos de estudio”



Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007

En relación con esta Subdimensión se puede señalar, que 27 de las familias estudiadas habitan en los cerros de Valparaíso, representado en un 96,4%. Entre los cerros mas habitados se encuentran: 5 casos en Playa Ancha (17,8%), 4 casos en Rodelillo (14,3%) y 3 casos en Placeres (10,7%) estos datos concuerdan con la ubicación territorial del universo total de casos, los que se encuentran distribuidos mayoritariamente en estos mismos sectores exceptuándose el cerro cordillera.

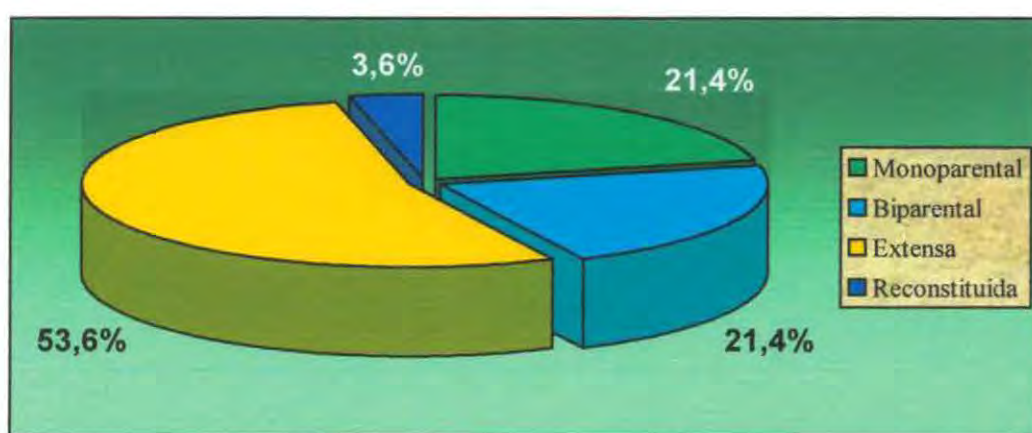
La distribución mayoritaria de las familias en estos sectores, se debe al nivel socioeconómico de éstas, ya que en los cerros el costo del suelo y de la vivienda es mucho más barato en comparación con los del sector céntrico de la ciudad, utilizando estas últimas para el desarrollo de actividades comerciales y servicios, encareciendo el acceso a estas localidades.

- **Tipo de familia a la que pertenece el niño**

Esta categoría hace alusión a la tipología familiar a la cual pertenecen las familias investigadas, considerando los lazos de parentesco que unen a los habitantes de un hogar y el tamaño que estas adquieren de acuerdo al número de integrantes que las conforman.

Gráfico N° 12

“Tipo de familia a la cual pertenece el niño/ a”



Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007

En relación a las familias sujetos de estudio, se puede señalar que el tamaño promedio de estos grupos bordea alrededor de los cinco integrantes por familia, dicho dato se encuentra por sobre el tamaño promedio de la familia según el CASEN 2006, se puede plantear por tanto, que 15 familias pertenecen a la categoría de familia extensa (53,6%), las que en estos casos específicos se encuentran constituidas por madres o

padres solteros y/o separados con hijos, que regresan o permanecen en sus familias de origen, correspondiendo estos a 14 casos representando un 50% de la muestra.

De acuerdo a estas características familiares, en 12 casos (42,8%), la jefatura de hogar se encuentra en la figura de la abuela paterna o materna a su vez es este adulto quien se reconoce a sí mismo como jefe de hogar y quien se presenta como a cargo del niño o la niña durante la visita domiciliaria.

Las familias de tipo biparental corresponden a 6 casos lo que representa un 21,4% de la muestra de estudio, las cuales se encuentran constituidas por ambos padres y sus hijos. En cuanto a la jefatura del hogar, ésta se encuentra depositada en el padre, que es quien aporta el ingreso económico al grupo familiar, sin embargo, son las madres quienes al permanecer mayor cantidad de tiempo en la casa, están encargadas de administrar las tareas del hogar y estipular las reglas en éste.

Las familias de tipo monoparental corresponden al igual que las familias biparentales a 6 casos (21.4%). Este tipo de familias se encuentra constituida por uno de los padres y sus hijos/as; en relación a la jefatura del hogar, no se manifestó una prevalencia en cuanto a sexo de los padres, esto debido principalmente a que en la investigación realizada, se encontró igual número de hombres y mujeres solos con sus hijos.

De acuerdo a lo planteado por Soledad Larraín (1997) en las familias monoparentales se presenta mayor incidencia de casos de abuso sexual, al igual que en las familias de tipo reconstituida.

Es posible destacar, que de acuerdo al presente estudio las familias reconstituidas presentaron sólo un caso (3.6%), éstas se encuentran constituidas generalmente por padres separados que vuelven a reestablecer su relación de pareja con otra persona e incorporan los hijos de ambos a sus familias.

Si bien se reconoce la presencia de distintas estructuras familiares en la presente muestra de estudio, es la familia de tipo extensa la más predominante, ocupando un segundo lugar las familias de tipo biparental. En las familias de tipo extensa los niños viven al menos con uno de los padres biológicos acompañados con otros parientes. Desde la perspectiva nacional la familia de tipo extensa ha ido adquiriendo mayor presencia y se ha hecho más común, como estructura familiar, esto se aprecia a partir de las visitas realizadas a los sujetos de estudio y a la revisión de los antecedentes constitutivos del universo de casos, en el cual si bien la tendencia apuntaba hacia las familias de tipo biparental, las familias de tipo extensa poseían también un alto porcentaje de incidencia. Esto podría

deberse a un cambio de la estructura familiar que ha ido experimentando transiciones impuestas hacia la organización extendida, esto por razones de tipo socioeconómica, debido a la cual, las familias no son capaces de solventar sus gastos y lograr su independencia como una entidad a parte de la familia de origen, en la que mayormente permanecen formando una familia de procreación, que se une a la familia de origen.

El modelo de familia extensa se reconoce como una forma bien adaptada a situaciones de estrés y riesgo social. Por lo tanto se trata de un modelo sumamente significativo en muchas familias afectadas por la pobreza. Las funciones pueden ser compartidas. Un miembro puede cuidar a los niños mientras los otros adultos trabajan para mantener a toda la familia (Minuchin, 1997).

Una familia extensa puede resultar un grupo de apoyo y un aporte para el crecimiento familiar, si es que esta se encuentra funcionando adecuadamente, sin embargo en el caso específico de las familias estudiadas esta condición no se aprecia, manifestándose por el contrario, una baja adaptación a las reglas, dificultades para enfrentar adecuadamente los problemas, y para asignar definitivamente sus responsabilidades, las que muchas veces recaen en la figura del niño/a, quien adopta roles inapropiados para la edad. A partir de lo formulado se considera, que un mayor número de miembros dentro del grupo familiar no significaría un aporte para estos grupos, sino más bien una complicación, que en muchas ocasiones acrecienta su situación de pobreza.

Debido a las características familiares anteriormente descritas, las familias estudiadas recaerían en la categoría de familia disfuncional. Según lo planteado por Salvador Minuchin (1997), este tipo de familia se caracteriza por no ser capaz de responder adecuadamente al stress y sus posiciones de estatus no están claras, por lo cual reaccionan intensificando la rigidez de sus fronteras y transacciones familiares, rehusándose a considerar alternativas. Y nuevas posibilidades frente a la solución de problemas

• Ingresos del grupo Familiar

La siguiente categoría se encuentra referida al nivel económico de la familia, determinado a partir del ingreso líquido mensual de los grupos familiares.

Tabla N° 12
"Ingresos familiares"

Ingresos mensuales	Casos	Porcentajes
0- 135000	13	46.4%
135001- 197500	5	17.9%
197501- más	10	35.7%
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista. 2007

Con respecto al ingreso líquido mensual por familia, se puede señalar que la mayoría de estas (46.4%) se encuentra por debajo del sueldo mínimo que corresponde a \$135.500 (30 de Julio del 2006), cabe destacar que existe un grupo que percibe un ingreso superior a los \$ 197.500 que corresponde a un 35.7% de los casos investigados. sin embargo este grupo igualmente califica como beneficiario del sistema Fonasa categoría A o B.

La mayoría de las familias investigadas se encuentran afiliadas al sistema previsional FONASA calificando en la categoría tipo A o B, esto debido a esta condición a su vez las obliga a requerir atención de los sistemas públicos de salud, recibiendo atención gratuita por parte de estos.

La condición socioeconómica que presentan las familias, podría deberse a que la persona encargada de aportar el ingreso económico al hogar posee una inestabilidad laboral, como consecuencia de trabajos esporádicos e ínfimamente remunerados, los que en su mayoría corresponden a trabajos por obra o de cuenta propia.

Según los entrevistados que trabajan de forma independiente, éstos manifestaron que no se encuentran cotizando voluntariamente en las instituciones previsionales y en el caso de aquellos que dijeron realizar trabajos por obra, señalaron que son los empleadores quienes no cotizan o lo hacen por un monto inferior al real.

De acuerdo al ingreso promedio per capita por familia (\$47.458) es posible establecer que un 50% de estas, se encuentra bajo este promedio, correspondiendo por tanto a la categoría pobre, el 37.5% se ubica sobre el promedio, en la categoría de no pobre y por último un 14.7% en la categoría de indigente, esto según el valor establecido para la canasta básica familiar, que corresponde a \$23.541, según la encuesta Casen 2006.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se puede concluir que gran parte de las familias estudiadas pertenecen a la categoría pobre, en relación a esto se puede plantear, que si bien la violencia familiar no es un fenómeno que ocurra exclusivamente en las clases sociales mas carentes, las condiciones de pobreza y las carencias educativas, constituyen un factor de riesgo para las situaciones de violencia, pero no son patrimonio exclusivo de estos sectores de la población (Corsi, 1994).

Según el modelo sociocultural que explica el maltrato infantil, una de las condicionantes del surgimiento de este hecho, sería la presencia de factores económicos deficitarios que son causa de estrés y que socavan el funcionamiento familiar, provocando además situaciones de frustración derivada de la ausencia de recursos económicos lo que provoca un deterioro en la autoestima de los integrantes de la familia (Barudi, 1998).

Estudios empíricos han demostrado que las crisis económicas influyen en la calidad de las interacciones familiares. Los padres que se encuentran en una peor situación económica se muestran menos sensibles y aplican unas estrategias de disciplina más inconscientes con sus hijos (Cantón et al, 2004).

A pesar de que la pobreza no está inevitablemente unida al maltrato infantil, algunas investigaciones realizadas en Chile dan cuenta, de que el tipo de violencia se manifiesta de distintas maneras según las clases sociales. Siendo aún más predominante el maltrato físico, en las clases sociales más bajas (57.1%), en comparación con este mismo tipo de maltrato en las clases sociales más altas, en donde éste se encuentra representado en un 47.4%.

Por su parte el maltrato psicológico o emocional se presenta con mayor frecuencia en las clases sociales altas (25.0%), mientras que en la clase social baja éste es de un 17.4% (UNICEF, 2006).

Pese a lo anteriormente señalado, en los grupos sociales de bajos recursos, se ha manifestado un aumento paulatino en la violencia psicológica y una disminución en la violencia física grave. Lo que hace suponer que este grupo social ha ido manifestando mayor concientización con respecto a la gravedad del maltrato físico, y un temor a las represalias judiciales que estos actos implican, desarrollando con esto una transición en el tipo de maltrato ejercido hacia los niños, transitando desde el maltrato físico hacia el maltrato emocional.

Aunque la desventaja económica parece ser un factor de riesgo de abuso infantil, un gran número de niños pertenecientes a familias que viven en contextos de pobreza, no son maltratados. Esto lleva a concluir que el abuso infantil se produce con independencia de las clases sociales, aunque se encuentra sobredimensionado en las clases pobres, ya que estos se encuentran expuestos a mayor vigilancia por parte de los servicios médicos y sociales encargados de detectar abusos.

- **En relación a la Vivienda**

Esta subdimensión hace referencia a las características estructurales de la vivienda, es decir, antecedentes de construcción y de propiedad.

Tabla N°13
“Características de la vivienda según su tipo”

Tipo de vivienda	Casos	Porcentajes
Casa	24	85.7%
Departamento	3	10.75
Mediagua	0	0,0%
Otro	1	3.6%
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007.

Con respecto a las características de la vivienda, se señala que 24 casos, representados en un 85.7% de las familias investigadas, habitan en casas, y 3 casos (10.7%) viven en departamentos. Es relevante destacar en base a lo observado a partir de las visitas domiciliarias, que ninguna de las familias entrevistadas habita en mediagua

Tabla N° 14
“Características de la vivienda según su materialidad”

Materialidad de la vivienda	Casos	Porcentajes
Sólida	6	21.4%
Mixta	3	10.7%
Ligera	19	67.9%
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007.

A pesar de que la mayoría de las familias investigadas son propietarios de sus viviendas, la construcción de estas se destaca por ser de material ligero, un 67.9% de las viviendas corresponden a este tipo de construcción. Una vivienda de material ligero, se entiende por aquellas que contemplan en su construcción elementos como madera, internit, etc.

Estas construcciones se encuentran en su mayoría en mal estado, debido a su mala calidad y antigüedad de sus materiales, con existencia de humedad, falta de aire y/o luz, escaleras de acceso en mal estado, un espacio físico reducido y deficiencia de instalaciones higiénicas. Cabe mencionar que a pesar de esta deficiencia en las instalaciones, 27 de las familias visitadas (96.4%) tienen acceso a servicios básicos, tales como agua potable, alcantarillado, luz y gas en algunos casos.

Tabla N°15
“Características de la vivienda según su tenencia”

Tenencia de la vivienda	Casos	Porcentajes
Propia	11	39.3%
Arrendada	4	14.3%
Usufructuario	7	25.0%
Allegados	6	21.4%
Total	28	100%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007.

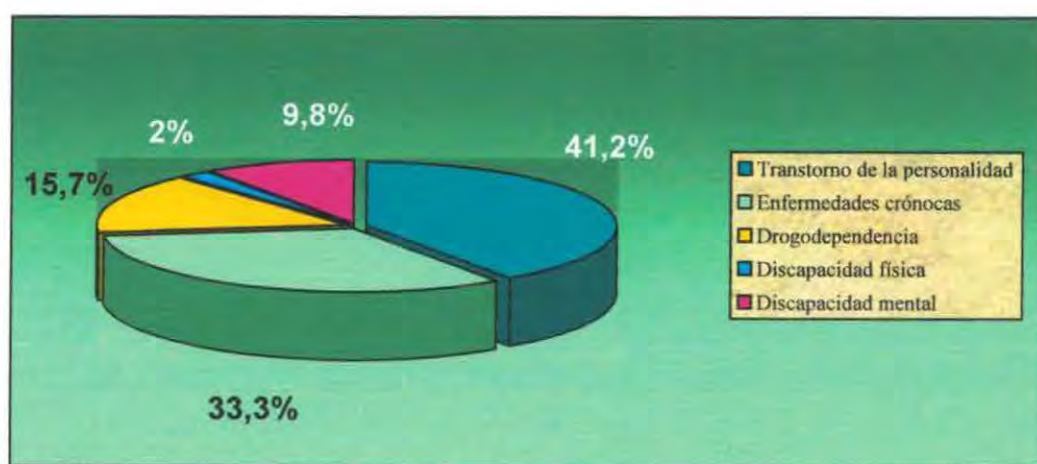
Estos antecedentes dan cuenta, que 11 de las familias investigadas habitan en casas propias, representando un 39.3% de los casos; cabe destacar que las condiciones de habitabilidad de estas viviendas son deficitarias, presentando condiciones precarias y en algunos casos insalubres.

En el caso de las familias estudiadas, 22 de éstas (79%), habitan viviendas que poseen de 2 a 3 dormitorios y más de tres camas por familia. Sin embargo, la superficie de las viviendas, se caracteriza por poseer un espacio físico reducido, en relación con el alto número de integrantes que habitan la vivienda, conformadas por un promedio de 5 personas aproximadamente, por lo cual se puede señalar que estas familias se encontrarían en situación de hacinamiento.

- **Situación de salud de los integrantes de la familia**

Esta categoría se encuentra referida a las enfermedades presentes en los integrantes de los grupos familiares visitados, contemplando por estas, desde trastornos de la personalidad hasta discapacidades a nivel físico y/o mental.

Gráfico N° 13
“Situación de salud de los integrantes de la familia”



Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminaristas.2007

Del total de integrantes por familia, correspondientes a 134 personas, 52 de éstas presentan algún tipo de enfermedad (39%), destacan los trastornos de la personalidad, presentes tanto en los niños como en los adultos, correspondiendo a 21 casos (41.2%), comúnmente este tipo de enfermedad se encuentra conformada por cuadros depresivos y cuadros ansiosos. Se puede mencionar, de acuerdo a lo planteado por el modelo psicológico psiquiátrico, que la presencia de trastornos emocionales y alteraciones psicológicas, presentes en algún adulto de la familia, inducirían la aparición de conductas

violentas, aumentando así la tendencia a la impulsividad y a la expresión de la cólera de forma descontrolada.

Los resultados de diferentes investigaciones realizados acerca de la situación psicológica de los maltratadores físicos, asignan una gran importancia a factores tales como, el malestar psicológico y al estado emocional negativo general de sujeto, en el surgimiento de experiencias maltratadoras (Arruabarrena et al, 1998).

Si bien las primeras teorías relativas al maltrato infantil, postulaban a la existencia de una relación entre el abuso infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico específico en los padres responsables de malos tratos, en la actualidad se admite que sólo entre un 10 y un 15% de los padres abusivos han sido diagnosticados con una sicopatología específica (Cantón, et al, 2004).

Esto nos hace desmitificar la violencia como producto de algún tipo de enfermedad mental, "Los hechos han demostrado una realidad opuesta, en que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia, son las que ha menudo desarrollan este tipo de trastornos, entendiendo a estos por tanto como un efecto del maltrato mas que una causa" (Corsi, 1994).

De acuerdo a los casos investigados, correspondientes a la muestra de estudio, se señala que los trastornos de conducta que presentan los niños, corresponden en la mayoría de los casos, a un síntoma e indicador comportamental del maltrato infantil del cual fueron víctimas.

En relación al abuso sexual, se puede señalar, que la existencia de trastornos de la personalidad se convierte en un factor de alto riesgo en la aparición de estas conductas abusivas por parte de un adulto, un padre con estas características, presentaría un pobre juicio crítico y dificultades con el control impulsivo. Si el niño, es quien presenta algún tipo de trastorno de la personalidad o discapacidad física y/o mental, se encontrara más vulnerable a ser agredido sexualmente por un adulto abusivo y a su vez sufriría mayor resistencia a ser creído si decidiese relatar lo ocurrido.

Dentro de otras enfermedades presentes en los integrantes de las familias entrevistadas, se ubican las de carácter crónico, representado en 17 casos (33.3%), entre las que se señalan enfermedades tales como; hipertensión, hipertiroidismo, diabetes entre otras, se estima que la presencia de estas patologías no tendrían mayor incidencia en la aparición de conductas mal tratantes.

En cuanto a aquellos integrantes drogodependientes exclusivamente los adultos, estos alcanzan 8 de los casos (15.7%), esta característica posee una fuerte correlación con el

maltrato infantil, ya que el ofensor puede usar el alcohol o las drogas como medio deshinbidor, o para calmar la culpa producida por los actos abusivos cometidos.

Finalmente aquellas personas que padecen algún tipo de discapacidad física o mental corresponden a 6 casos (11.8%). Esta característica en la situación particular de los niños/as, eleva el riesgo de su vulnerabilidad, esto por la limitación que poseen, que en términos físicos reducen sus posibilidades de defenderse de la agresión de la cual se encuentran siendo víctimas. En términos intelectuales, esta limitación reduce la posibilidad del niño/a de discernir y comprender la significancia del abuso, del cual está siendo víctima, a su vez resulta difícil por parte de los adultos, creer en el testimonio de niños / as con discapacidad física o mental, al momento en que estos relatan los hechos experimentados.

Es importante señalar que la presencia de enfermedades al interior de la familia, especialmente las de tipo psicológicas son consideradas un factor de riesgo, que incide en las probabilidades de sufrir o experimentar maltrato infantil y que alteran la dinámica familiar, desde la formación de la familia hasta la educación de los hijos. En las familias en que existe la presencia de enfermedades psicológicas existiría una mayor distorsión del ambiente familiar, y una desestructuración de esta. En la condición particular de las familias estudiadas, estos factores se ven agravados ya que un bajo porcentaje los integrantes de estas familias se encuentran bajo tratamiento médico, lo que indica que las enfermedades que padecen sus miembros no están siendo tratadas, y los que se tratan lo realizan de forma discontinua.

4.2 Variable: Red Social de Apoyo

Red social es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas o instituciones, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia (Elkaim, 1989, en Chadi, 2000).

La familia desarrolla una dinámica dentro de un ámbito interior, pero paralelamente recibe constantes influencias de los sectores externos a ella, se encuentra en constante interacción, por un lado con su contexto, la sociedad de la que es uno de sus miembros y por el otro, con los individuos que integran su propia estructura (Díaz, 1987, en Chadi, 2000).

Si bien es cierto que los entornos sociales inmediatos de todas las familias se parecen entre sí en la medida en que adoptan la forma de redes, hay importantes diferencias entre las redes de tales familias.

El grado de conectividad de la red es, desde luego, un tipo importante de diferencia, tales diferencias se aprecian con mayor claridad en el área de las relaciones informales;

esto es en las relaciones con amigos vecinos y parientes, se considera que estas relaciones tienen más importancia personal y emocional que aquellas más especializadas y formales, es de destacar, asimismo, que tales relaciones se mantienen normalmente con personas consideradas parecidas socialmente a las familias mismas.

4.2.1 Redes sociales con las que se vincula la familia

Desde el modelo ecológico, el exosistema se entiende como una unidad conformada por las redes sociales de apoyo, con las que cuenta una familia, estas se componen de la comunidad más próxima a estas, incluye instituciones formales e informales que actúan como agentes mediadores, entre la familia y la comunidad.

Por lo tanto esta dimensión, se encuentra referida al grado de vinculación que establecen estas familias con las redes sociales de apoyo, tanto formales como informales de la comunidad.

- Redes sociales formales

Tabla N° 16
“Nivel de vinculación que presentan las familias a redes formales de apoyo”

Nivel de vinculación	N° de Org. a las que pertenece cada familia	Casos	%
Pasiva	1 – 3	21	75.0%
Media	3 – 5	6	21.4%
Activa	5 – 7	1	3.6%
Total		28	100%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Gerencial. 2007.

En cuanto al nivel de vinculación que poseen las familias, a las redes sociales formales de apoyo. Se puede señalar que 21 familias se caracterizan por poseer un nivel de vinculación pasivo, representado en un 75% de los casos, mientras 6 de estas familias (21.4%), se caracterizan por mantener un nivel de vinculación medio con estas organizaciones y finalmente sólo 1 familia entrevistada (3.6%), presentó una vinculación activa a estas redes.

Muchas de las familias entrevistadas reconocieron no vincularse demasiado con organizaciones formales, esto debido a que sienten, que estas no satisfacen sus necesidades ni las expectativas que estas poseen de la solución de sus problemas. Se agrega a esto el hecho, que, al habitar estas familias en sectores periféricos de la ciudad, provoca que tengan que trasladarse en transportes de locomoción colectiva, para acceder a los espacios en los cuales se encuentran circunscritas las organizaciones sociales, gasto que muchas veces no tienen como solventar. Las familias estudiadas poseen condiciones económicas precarias, que no les permiten muchas veces ni siquiera satisfacer sus

necesidades básicas, por lo cual se hace imposible o impensable por parte de estos grupos sociales, acceder a los servicios que ofrecen las mencionadas instituciones.

Cabe considerar, que otras de las razones por las cuales estas familias no se vinculan con las organizaciones formales, radica en el hecho de que temen que otros extraños al grupo familiar se vinculen e interfieran en su intimidad, ya que al ser familias que experimentan episodios de violencia buscan cuidarse y resguardarse del resto, para evitar que otros conozcan su realidad. Esta situación se debe a que las familias maltratadoras se caracterizan por un comportamiento apático y antisocial, en donde se desarrolla escasamente la capacidad de ser empático al igual que sus habilidades sociales.

La escasa prosociabilidad, produce como consecuencia aislamiento social y falta de apoyo, esto es algo, en lo que al menos contribuyen en parte, los propios padres, no utilizando los recursos comunitarios disponibles, no implicándose en actividades de la comunidad y no discutiendo sus problemas con nadie (Gracia, 1995). Es posible que el rechazo y la hostilidad experimentada por algunos padres, en su propia infancia o la ausencia de cuidados adecuados propicien en estos, un déficit en la valoración del autoconcepto, provocando sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, lo que puede colaborar a reducir sus posibilidades de enfrentarse eficazmente a situaciones de convivencia social (Martínez et al, 1993).

Lo anteriormente descrito señala que muchas de las conductas de los integrantes de las familias investigadas, podrían tener relación con experiencias traumáticas vividas durante su niñez, generando en estas personas sentimientos de apatía hacia el resto, así como también un aislamiento social que se ve reflejado en su escaso nivel de vinculación con las redes sociales.

Tabla N° 17
“Redes formales con las que se vinculan las familias”

Redes Formales	N° de Familias que se vinculan con la red	Porcentajes
Hospital	27	96.4%
Consultorio	24	85.7%
Iglesia	5	17.9%
Junta de vecinos	4	14.3%
Club deportivo	2	7.1%
Organizaciones gubernamentales	1	3.6%
Organizaciones no gubernamentales	1	3.6%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007.

Con respecto a estos datos se puede señalar que la vinculación más alta se establece con los sistemas públicos de salud, en este caso específico, 27 familias se vinculan con el Hospital, representando un 96.4% y 24 de éstas lo hacían con el Consultorio (85.7%). Es de destacar, que la vinculación que mantienen las familias con este tipo de instituciones se debe a que estos servicios satisfacen aquellas necesidades básicas de la persona, tales como la salud y el cuidado personal, es decir esta presente un obligatoriedad en la unión entre estos dos organismos, persona y sistema de salud. Cuando las familias se conectan con estos organismos, buscan garantizar el buen estado de salud y calidad de vida. Especialmente aquellas familias en que sus miembros padecen algún tipo de enfermedad, ya sea trastornos de la personalidad o enfermedades crónicas, al momento de indagar sobre la situación de salud de los integrantes de estos grupos familiares, son precisamente estas enfermedades las más recurrentes.

Cabe destacar que las organizaciones con las cuales las familias mantienen menores niveles de vinculación son: la iglesia con la cual se vinculan 5 familias (17.9%), solo 4 familias (14.3%) se vinculan con la junta de vecinos y 2 familias (7.1%), lo hacen con el club deportivo y finalmente se encuentran las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con las cuales se vincula solo una familia (3.6%), respectivamente.

En nuestra cultura, las familias que viven en contextos de pobreza, suelen tener dificultades relacionales con los sistemas más amplios. Ser pobre significa por lo común carecer de un acceso adecuado a la atención médica y exige interactuar con el sistema asistencial público. En estos casos, al peso de la enfermedad, se suman las dificultades en la atención masiva, asignada por traslados, esperas, gestiones, así como también la rotación del personal (Imber-Black, 1995 en Chadi, 2000).

Desde la teoría se afirma, que los episodios de maltrato físico se producen por la incapacidad del padre /madre para manejar las situaciones estresantes, esta incapacidad tendría una posible explicación en un excesivo nivel de estrés experimentado y una reducida calidad de red de soporte social del sujeto (Arruabarrena et al, 1998).

Cuando mayor es la disfuncionalidad familiar, mayor es la incidencia de las instituciones externas en el sistema familiar, especialmente cuando estas familias son de extrema pobreza, ya que son constantemente controladas por instituciones sociales. En el caso particular de las familias investigadas, cabe señalar que estas no son familias que se encuentren en condiciones de extrema pobreza, por lo cual la incidencia de redes sociales de apoyo externa es mínima, y si la necesitan la deben requerir voluntariamente. Situación que pocas veces ocurre en estas familias, ya que gran parte de estas se vieron involucradas

en procesos judiciales debido a los episodios de maltrato que experimentaron, produciendo en sus integrantes sentimientos de desconfianza hacia la ayuda externa y un temor a ser enjuiciados nuevamente.

Se debe tomar en consideración, que las familias que viven en condiciones de pobreza, perciben esta como una experiencia límite de "sobrevivencia", pero al mismo tiempo, como una forma de vida aprendida y que tiende no sólo a reproducirse sino a transmitirse de generación en generación (Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza, 1996). Esta condición provoca que las familias estudiadas, centren sus esfuerzos en vivir el día a día y poder satisfacer la necesidad básica de alimentación, esto conlleva que los pocos ingresos económicos que perciben los destinen para esta necesidad, mientras que aquellas necesidades de tipo sociales no son tan prioritarias, y se satisfacen sólo cuando las condiciones económicas lo permiten.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, se plantea que, "la estabilidad y continuidad de los vínculos existente entre las familias y la red social, determinarían la pertenencia de estas a distintas organizaciones, la conectividad con la red dependerá de las condiciones socioeconómicas y sociales del sujeto" (Bott, 1990).

• Redes Sociales Informales

Tabla N°18
"Nivel de vinculación que presentan las familias a redes informales de apoyo"

Nivel de Vinculación	N° de Org. a las que pertenece cada familia	Casos	%
Pasiva	0 - 1	15	53.6%
Media	1 - 2	10	35.7%
Activa	2 - 3	3	10.7%
Total		28	100%

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007.

En cuanto a la vinculación que mantienen las familias investigadas con las redes sociales informales. Se puede plantear que 15 de las familias se caracteriza por tener un nivel de vinculación pasiva, representando un 53.6% de los casos, mientras 10 de éstas familias (35.7%), se caracterizan por mantener un nivel de vinculación medio con estas organizaciones y finalmente sólo 3 familias entrevistadas (10.7%), presentaron una vinculación activa a estas redes.

Por tanto, la vinculación que establecen estas familias con este tipo de redes, es escasa, esto puede deberse a que temen que otros extraños al grupo familiar se enteren de "secretos familiares" que sólo ellos saben y vivencian, por lo tanto deben cuidarse y resguardarse del resto, para evitar que otros conozcan su realidad.

Este escaso nivel de vinculación con redes sociales informales puede deberse a que, quienes vivencian experiencias de maltrato, adoptan una actitud de retraimiento y apatía, aumentando así la incomunicación tanto al interior de la familia como hacia fuera de esta. A su vez la comunidad más próxima a estas familias, visualiza y percibe las características problemáticas de éstas, y frente a ello optan por mantener distancia, incrementando aún más el aislamiento social de estas familias.

Tabla N° 19
“Redes informales con las que se vinculan las familias”

Redes Sociales Informales	Casos	Porcentajes
Familiares	19	67.9 %
Amigos	5	17.9 %
Vecinos	14	50.0 %
Sin vinculación	5	17.9%
Total	43	100 %

Fuente: Fichas familiares. Elaboradas por Equipo Seminarista.2007.

De las familias entrevistadas, 19 de éstas (67.9%), reconocen que al momento de solicitar ayuda, se vinculan especialmente con familiares cercanos, esto se debe específicamente que al necesitar ayuda económica estas familias solicitan dinero a sus familiares, “la conectividad de las redes de parentesco aumenta también si los parientes pueden ayudarse económicamente entre sí” (Bott, 1990). En un segundo lugar 14 familias representadas en un 50 %, mantienen contacto con los vecinos del sector, esto se explica por que son las personas que están más cercanas territorialmente, incluso llegan a mantener lazos de amistad entre sí. Se plantea que la conectividad con determinadas redes de apoyo informal dependerá de la cercanía territorial de las familias a estas redes.

“Si la red de una familia tiene alcance local, esto es, si la mayor parte de los miembros viven en el mismo barrio, de forma que son mutuamente accesibles, es más fácil que se conozcan los unos a los otros que si vivieran dispersos (Bott, 1990). Esta podría ser una de las razones, del porqué para las familias estudiadas resulta más sencillo mantener vinculación con redes informales, ya que el acceso a éstas es mucho más simple y directo.

Por otra parte 5 familias representadas en un 17.9%, manifiestan vincularse con amigos, los que otorgan una ayuda más inmediata y concreta, exenta de burocratizaciones y tramites. Finalmente igual numero de familias, no se vinculan con ningún tipo de organización informal.

Para finalizar el análisis de esta variable se puede concluir que las familias estudiadas poseen un nivel de vinculación pasivo en relación a las redes sociales formales como informales de la comunidad, esto se ve reflejado en el escaso nivel de prosociabilidad que presentan los miembros de estas familias.

Si bien las familias estudiadas poseen características propias que las hacen ser más propensas al aislamiento social. La sociedad por su parte también contribuye a fomentar este tipo de actitudes, ya que esta se caracteriza por ser cada vez más individualista y menos solidaria. lo que conduce a que sus miembros prefieren resolver sus problemas por sí mismos, evitando dar cuenta a otros de sus conflictos y/o necesidades, y solicitar ayuda para resolverlos.

5. Análisis Cualitativo de la Muestra de Estudio

El presente análisis se realizó a partir de la aplicación de entrevista semiestructurada dirigidas a las familias pertenecientes a la muestra de estudio, así como también a médicos de la unidad pediátrica que atienden casos de maltrato infantil.

Las entrevistas realizadas a las familias. fueron aplicadas en visitas domiciliarias. la información que se obtuvo, está relacionada con las características familiares del grupo social en estudio, relativas a su organización interna y relaciones intrafamiliares, y los factores de riesgo presentes en las familias. que inciden en la aparición de conductas maltratadoras.

Estas entrevistas permitieron. además. el acercamiento directo al contexto particular en que viven niños/as víctimas de maltrato infantil, llegando a conocer y comprender la realidad de las familias investigadas desde las propias experiencias y visiones de estos, actores sociales

Por su parte las entrevistas realizadas a los médicos se llevaron a cabo en las dependencias del Hospital Carlos Van Buren, las que permitieron conocer el maltrato infantil, desde la perspectiva de la atención médica.

5.1 Variable: Características Familiares

Los antecedentes expuestos a continuación. fueron recogidos a partir de la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual fue aplicada a las familias estudiadas por medio de la visita domiciliaria.

La presente categoría se encuentra referida a aquellas características que posee la familia, con respecto a su organización interna y estilo de relaciones familiares. Contempla el desarrollo de la dinámica familiar, las fronteras familiares tanto internas como externas, los conflictos de pareja presentes en esta, así como también el reconocimiento que las familias realizan del maltrato infantil, como parte de las experiencias de la vida familiar.

Si bien, el ámbito familiar, se relaciona con el espacio en el cual las personas crecen, se desarrollan y el lugar propicio, en el que especialmente los niños/as reciben protección y cuidados, muchas veces, la familia no es capaz de satisfacer estas necesidades básicas, convirtiéndose, por tanto, en un escenario desatendido y contrario a las expectativas culturales que se posee de este grupo social.

“La familia no siempre es el ámbito de relaciones armónicas. Muchas veces es el lugar del desencuentro, la agresión, el conflicto y la tensión. La crisis es connatural a su existencia, pero también en ella puede anidar el impulso destructivo y la desviación social” (Eroles, 1998).

5.1.1 Dinámica Familiar

Posterior a la revisión de las características sociodemográficas de las familias investigadas, la cual permitió al equipo seminarista obtener una visión global sobre las familias atendidas en el Hospital Carlos Van Buren durante el periodo Enero 2005 - Mayo 2007: resulta de gran relevancia ahondar en aquellas características sociofamiliares que orientan hacia el objetivo central del estudio. Resulta primordial al momento de hablar de dinámica familiar, hacer alusión a aspectos centrales del concepto de familia.

Referente a estos aspectos se señala, que la familia como institución social presenta una serie de características relacionadas con un sistema de relaciones positivas y negativas basadas en normas, reglas, límites establecidos cultural y particularmente, los que en su conjunto permiten que estas puedan cumplir las funciones sociales y satisfacer las necesidades básicas de cada uno de sus miembros.

La familia como núcleo fundamental de la sociedad, desarrolla su dinámica dentro de su “ámbito interior”, pero paralelamente recibe constantes influencias de los “medios externos” en los cuales se encuentra inserta como parte del sistema social. La evolución o estancamiento del sistema familiar pasa por el acondicionamiento y/o adaptación de los integrantes del grupo familiar a cada uno de los cambios propios del ciclo vital familiar; a partir del cual la familia atraviesa por diferentes procesos o crisis transicionales, es decir de carácter predecibles y necesarias, como respuesta a las condiciones y características propias del sistema familiar como a las presiones del medio externo.

Es así como la familia, tanto en su definición, composición y características más singulares y particulares ha experimentado profundos cambios; obedeciendo estos tanto a los procesos internos propios de la estructura, organización y funcionamiento familiar como a procesos más globales experimentados por la sociedad en su conjunto; es así por ejemplo que las familias (especialmente en los sectores más pobres) ya no son de tipo nuclear (es decir, solo padres e hijos) sino que se han ampliado a familias que incluyen padres, hijos, nietos, abuelos, etc.; esto como resultado de situaciones de allegamiento, de precariedad en las viviendas, de embarazo adolescente, entre otros.

Es así entonces, que frente a estos constantes cambios que ha debido y debe continuar enfrentando el sistema familiar, ya sea a nivel interno como externo, la dinámica familiar como aspecto inherente a este, y entendida como un sistema de intercambio en las interacciones familiares, debe adaptarse a estos procesos, considerando todos aquellos factores protectores con que cuenta (buenas relaciones familiares, comunicación fluida, apoyo familiar, entre otros) para desarrollarse de manera normal y óptima; Así como los factores de riesgo presentes en ésta, tales como: Estructura y organización familiar disfuncional, familia con padrastro o madrastra, rigidez en la estructura, falta de estabilidad en la pareja, violencia conyugal, factores de riesgo a nivel de los padres, baja tolerancia al estrés, baja autoestima, desconocimiento de las necesidades afectivas del niño/a, disfunción del apego entre el padre y el niño/a; y factores de riesgo del entorno, tales como aceptación cultural de la violencia, falta de redes sociales de apoyo y de instituciones de control formal e informal, todas situaciones complejas que pueden producir el estancamiento del sistema familiar y de las interacciones de los integrantes de éste.

La dinámica familiar es un continuo, un proceso que constantemente se está dando en un grupo familiar, es por eso, que al momento de analizar la dinámica familiar presentada por las familias estudiadas y de este modo clasificarlas, se ha recurrido al Modelo de Olson, la elección de este modelo se justifica principalmente, en que facilita el diagnóstico familiar desde una perspectiva sistémica sobre la base de dos dimensiones o variables relevantes en el funcionamiento del sistema familiar, "Adaptabilidad y Cohesión".

Estas dimensiones: conforman la base del Modelo Circumplejo de Olson. Russell y Sprenkle (1979), el funcionamiento familiar se basa en la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de los miembros que forman la familia. La cohesión familiar es el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia (vínculo emocional, independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio). Es el conjunto de toda la afectividad, intimidad y el significado que constituye la esencia de las relaciones familiares.

La adaptabilidad, por su parte, es definida como la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, los roles y las reglas de relación, en respuesta al desarrollo evolutivo vital de la familia o en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones concretas (asertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas y sistemas de retroalimentación). Cuando la familia accede a un nuevo ciclo evolutivo, sus pautas de funcionamiento son cambiadas por otras acordes a dicha etapa, "evolucionando" de acuerdo a la necesidad de cada uno de sus miembros. Por otra parte la "estructura" que esta posee, determinada por el subsistema marital-parental y materno-filial, debe acomodarse a las funciones y roles que cada uno de estos subsistemas cumple, determinados por la organización de jerarquías establecidas por la frontera generacional que separa a un subsistema de otro (Chadi, 2000). En la estructura familiar, se distinguen los lugares de sus integrantes y sus correspondientes funciones, respecto del grupo, así como también las alianzas, que determinan las modalidades funcionales y disfuncionales del sistema familiar.

En base a los antecedentes señalados previamente, se dará curso al análisis específico de cada componente de la dinámica familiar, esto observado y comprendido desde la perspectiva del modelo de Olson, el cual otorga un prototipo comprensible y con elementos diferenciados, que permiten abordar la dinámica familiar desde cada dimensión que compone el modelo y a su vez conseguir una visión global e integral del funcionamiento familiar a partir de las interacciones y relaciones que los propios miembros de la familia establecen entre sí y con los otros externos al grupo.

- Dinámica familiar desde la Cohesión

Esta subdimensión, será entendida como "el conjunto de toda la afectividad, intimidad y el significado que constituyen la esencia de las relaciones familiares" (Olson, 1979).

Tabla N°20
“Dinámica Familiar desde la Cohesión”

	Frecuentemente	A veces	Casi nunca
Cuando alguno de los miembros de la familia necesita algo recibe colaboración de los demás para conseguirlo.	32.14%	50%	17.85%
En esta familia se escucha la opinión de los demás miembros.	21.42%	46.4%	32.14%
Los miembros de la familia cuentan sus problemas a los demás integrantes de ésta.	17.85%	53.6%	28.57%
En este hogar existen espacios para compartir en familia.	25.0%	64.3%	11.0%
Existen espacios de privacidad para la pareja.	32.1%	11.0%	21.4%
A los miembros de esta familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.	46.4%	46.4%	7.1%
Los miembros de esta familia realizan expresiones de cariño.	36.0%	39.3%	25.0%
Es importante para la familia la unión familiar	71.4%	11.0%	18.0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

De acuerdo a lo propuesto por el Modelo de Olson, se puede señalar que las familias estudiadas, poseen en su mayoría características desligadas, constituyendo grupos que se caracterizan por su desapego y escasa vinculación afectiva.

De las entrevistas realizadas, un 68% de las familias afirmó no recibir colaboración de parte de otros integrantes del grupo familiar cuando necesitan conseguir algo y un 83% señaló no contar sus problemas a los demás integrantes de la familia.

Un 71.4% de las familias señalan que es relevante para ellos la unión familiar, como una meta a la que se aspira socialmente. Es importante considerar que en un 74% de los casos no existen espacios para compartir en familia, esta información hace inferir que existe una contradicción entre lo que las familias manifiestan a través de su discurso y lo que realmente realizan en la vida cotidiana.

Por otra parte las familias manifiestan que existe una gran independencia de sus miembros, poca intimidad entre ellos y un bajo sentimiento de pertenencia y de identidad, se muestran extremadamente individualistas, prefiriendo pasar su tiempo libre lejos de sus familias tanto física y emocionalmente:

“...acá no compartimos nuestro tiempo libre, cada uno está metido en sus problemas, yo y el Rodrigo, ya no nos hablamos, yo prefiero salir sola cuando no trabajo...”

“... Tenemos poco tiempo para compartir en familia, porque no estamos todos juntos...”

Cabe destacar, que si bien se ha definido a las familias estudiadas como desligadas desde la cohesión, es necesario dar cuenta, que éstas, en algunos momentos, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentren, o a las situaciones externas que estén influyendo en su funcionamiento, adoptan conductas que tienden a la búsqueda de la unidad o aglutinamiento familiar, la que se ve reflejada en la excesiva dependencia que algún o algunos de los miembros experimenta por el núcleo familiar, esta dependencia en la mayoría de los casos, responde a la búsqueda de satisfacción de necesidades de carácter económica y material, más que afectiva y de mutuo apoyo:

"... No existe mucha privacidad en la casa, porque siempre han vivido todos mis hijos conmigo y mis nietos también, son apegados sólo por conveniencia, pero en general son independientes..."

Los miembros de la familia toman decisiones principalmente en forma individual y tienden a maximizar la separación del espacio tanto físico y emocional, esto se refleja en que prefieren actividades fuera del hogar en vez de compartir con sus familias.

Los lazos emocionales y afectivos entre sus miembros son muy débiles y escasos, cuando alguno de los integrantes de la familia necesita algo, ya sea de tipo económico o de otra índole, no siempre recibe colaboración de los demás para conseguirlo, esto a causa, entre otras explicaciones, que rara vez cuentan sus problemas, por lo cual resulta mucho más difícil dentro de este grupo poder reconocer lo que alguno quiere o necesita, esto producto de una escasa intimidad y vinculación entre los integrantes familiares, lo que conduce a un desconocimiento de los sentimientos, percepciones y opiniones de cada uno de estos entre sí:

"... En esta familia no nos contamos nunca los problemas, yo por ejemplo le cuento mis problemas a una hermana que ésta en Suiza..."

De acuerdo a la frase anteriormente expuesta, se puede deducir que estas familias tienden a establecer mayores lazos de intimidad con personas externas al núcleo familiar, como consecuencia de una escasa afectividad entre sus miembros, así como también un bajo nivel de confianza entre estos.

La familia constituye la base de la afectividad, cuya importancia es fundamental para un desarrollo equilibrado de la persona humana. La interacción de los padres entre sí y hacia los hijos garantiza un buen desarrollo de estos (Comisión Nacional de la familia, 1997). Se considera, por tanto, que al poseer estas familias, características desligadas, se coloca en riesgo el desarrollo equilibrado de cada uno de sus integrantes, puesto que no son capaces de retroalimentarse ni contener al otro afectivamente.

- **Dinámica familiar desde la Adaptabilidad**

Esta subdimensión será entendida esta, como la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, los roles y las reglas de relación, en respuesta al desarrollo evolutivo vital de familia o en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones concretas (Olson, 1979).

Tabla N° 21
"Dinámica Familiar desde la Adaptabilidad"

	Frecuentemente	A veces	Casi Nunca
Existe la costumbre de avisar cuando se sale y cuando se regresa	46.4%	43.0%	11.0%
En esta familia el respeto es importante.	36.0%	43.0%	21.4%
Los niños poseen responsabilidades dentro del hogar	54.0%	21.4%	25.0%
Los niños desempeñan roles inapropiados para su edad.	7.1%	39.2%	54.0%
Escaso nivel de respeto a las reglas estipuladas por un adulto	82.1%	18.0%	0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Es posible destacar de acuerdo a los antecedentes recogidos, que las familias se caracterizan por presentar un funcionamiento caótico, esto desde dimensión de adaptabilidad familiar. En un 82.1.0% de las familias se aprecia un escaso nivel de reconocimiento a la autoridad dentro del hogar, permitiendo mas bien, "ser", a cada uno de sus integrantes, como consecuencia de un la aplicación de un inadecuado mecanismo de "control social".

La estructura de poder de estas familias no se encuentra determinada claramente, esto evidencia la inexistencia de un liderazgo definido, teniendo los padres o cuidadores una disciplina "laissez- faire" (dejar ser), esto permite que existan al interior de estas familias negociaciones interminables y poca capacidad de resolver sus problemas cotidianos. La siguiente frase da cuenta de los aspectos aquí planteados:

"... no buscamos soluciones a nuestros problemas, conversamos y siempre llagamos a lo mismo, no llegamos a ninguna solución..." "

"Las normas y o reglas son impuestas para garantizar que se viva en armonía y que se cumplan los roles esperados de los integrantes de la familia, estas son la expresión observable de los valores de la familia, estos deben integrarse a un sistema superior para que sean plenamente funcionales (Preister, 1981).

El 54.0% de la muestra de estudio señala no tener la costumbre de avisar cuando se sale del hogar y cuando se regresa. Estos antecedentes manifiestan el escaso apego que las familias poseen al cumplimiento de normas y reglas, y más aún a la incapacidad que

expresan para crear e imponer un sistema de normas organizadas que garanticen la armonía familiar y el cumplimiento adecuado de los roles.

Específicamente en relación al cumplimiento apropiado de roles se puede afirmar que en igual porcentaje al anterior, las familias reconocen que se les atribuyen responsabilidades a los niños, que en muchas ocasiones son inapropiadas para su edad, como; Cocinar, cuidar a los hermanos, quedarse al cuidado de la casa, entre otras, esto porque muchas veces los adultos trabajan y el único miembro de la familia con el que cuentan para permanecer en la casa cuando nadie esta, son los niños. Estos se mantienen en el hogar al cuidado de hermanos menores, mientras los padres hacen tramites, compras o deben ausentarse de la casa por trabajo. En muchas ocasiones son encargados al cuidado de un vecino, el que supervisa desde su casa que todo esta bien y que los niños no han presentado problemas evidentes. Este tipo de cuidado por vigilancia externa, es muy común entre estos grupos familiares, los que generalmente cuentan con escasa red de apoyo y son los propios vecinos quienes se convierten en una extensión de la familia, pero sólo para aquellos casos en que se requiere colaboración, ya que de igual manera privilegian y conservan la individualidad, evitando el contacto muy directo y cercano con personas que puedan involucrarse demasiado en su vida personal y estilo de vida.

Esta inestabilidad presente en el funcionamiento familiar, y en la organización de sus normas y reglas, conduciría a la existencia de una escasa claridad de roles familiares y cambios constantes de estos, donde es común el intercambio de responsabilidades entre sus miembros, como por ejemplo el cuidado del hogar, que en reiteradas ocasiones queda a cargo de los niños/ as:

“ ... Yo le pido a la niña, que mantenga todos los días el orden y la limpieza de la casa, es que yo soy un poco maniático del aseo... y la castigo cuando no lava las cosas...”.

La frase anterior nos da cuenta de que los niños/as asumen responsabilidades inapropiadas para su edad, desempeñando roles que no corresponden llevar a cabo.

Los valores familiares se caracterizan por ser implícitos, es decir no existe una externalización y verbalización de lo que se espera de los demás, en cuanto al comportamiento, lo que trae aparejado como consecuencia que no exista una demanda hacia los hijos por el cumplimiento de determinadas reglas existiendo por tanto, dramáticos cambios de estas e inconsistencias, esto se aprecia en la carencia de una distribución responsable con respecto a las tareas y reglas que cada miembro debe desempeñar en del hogar.

A su vez presentan dificultades para llegar a consensos con respecto a su organización interna y funcionamiento familiar. Estas normas y reglas cambian permanentemente provocando escasa estabilidad en la familia, "convirtiéndose ésta en un sistema desatendido, donde cada uno de sus miembros no se respeta mutuamente, avanzando hacia el desorden" (Preister, 1981):

"... Yo respeto a todos, pero los demás no me respetan, me gritan, no me respetan, mis nietos lo hacen y mis hijas son iguales..."

Un Sistema debe poseer una organización de relaciones humanas tanto para sobrevivir como núcleo familiar, y además para cumplir sus metas y funciones, cuya finalidad es ordenar la estructura de relaciones dentro de la familia (Preister, 1981).

Es de destacar que las familias de características caóticas, son menos funcionales que aquellas que se encuentran en el rango medio, tales como las estructuradas y flexibles, puesto que sus reglas, normas y valores no son congruentes entre sí.

A estas familias, por tanto, les resulta más difícil desempeñar adecuadamente sus funciones como grupo social, especialmente las relativas a la socialización de los hijos. Esto debido a la inestabilidad que poseen en la organización y distribución de normas y reglas, lo que reduce la capacidad para transmitirlos claramente, y si se logra lo hacen de manera distorsionada, provocando confusión en los niños/as y expectativas poco claras de lo que se espera de su comportamiento.

El rol que la familia posee como agente formador de la identidad de los niños/as se ve menoscabado y perjudicado ya que las familias con características como las aquí expuestas, promueven en los niños/as una baja autoestima, ya que al no tener estos bases sólidas en que apoyarse, ven afectado el desarrollo de su personalidad, la confianza en sí mismo y la seguridad personal.

Es de destacar que las familias estudiadas de acuerdo al análisis realizado de sus características sociodemográficas, se encuentran entre dos etapas del ciclo vital familiar, es decir familias con hijos en edad escolar, y con hijos adolescentes, estas etapas son identificadas por la autora Sonya Rodhes, como las etapas de "individualización v/s organización pseudomutua" y "compañerismo v/s aislamiento".

En la primera etapa de desarrollo señalada, las familias deberían ser capaces de propiciar la autonomía de sus hijos, pero a su vez promover la unión familiar y el sentimiento de pertenencia de estos hacia el núcleo familiar. Esta condición se presenta débil en la dinámica de las familias estudiadas, ya que la mayoría de estas, se caracteriza por un

escaso nivel de vinculación afectiva e íntima entre sus miembros, reduciendo con esto las funciones de protección, a la sola satisfacción de necesidades básicas.

Con respecto a la segunda etapa, compañerismo v/s aislamiento, constituida por padres con hijos adolescentes, se esperaría que estos adultos fuesen capaces de establecer una relación más simétrica con sus hijos adolescentes, entregando la oportunidad de que estos desarrollen su identidad. Se espera además que propicien en los hijos, interrelaciones con otros miembros externos al grupo familiar (grupo de pares), complementado con reglas consistentes, provenientes desde los padres. De acuerdo a las familias sujetos de estudio se puede señalar que estas no son capaces de ofrecer reglas y normas consistentes a sus hijos adolescentes, los cuales frente a esta inconsistencia, actúan negándose a obedecer y revelándose contra los padres.

Las tendencias psicodinámicas que mantienen el equilibrio del sistema emocional de la familia son inconscientes o acaban siéndolo normalmente. Es un equilibrio altamente sensible que debe reajustarse continuamente ante los hechos cotidianos. Hay constantemente nuevos acontecimientos, agradables y desagradables; hay tensiones y alivios, penas y alegrías; cada uno de estos elementos puede aparecer y desaparecer sin dejar rastro o bien dejando huellas duraderas y recuerdos indelebles (Fromm, 1998).

Cuando las familias no son capaces de adaptarse a los cambios que implica cada etapa del ciclo vital, no logran por tanto superar las crisis normativas presentes en estas, colocando con ello barreras, que impiden el adecuado desarrollo de cada uno de sus miembros.

• Dinámica Familiar desde la Comunicación

La comunicación será entendida, como un proceso a partir del cual las personas interactúan dinámicamente y constantemente esto a partir de un conjunto de expresiones tales como, mensajes orales, escritos o gestuales, regulando e influyendo de esta manera la conducta de los otros (Avilez, 1992).

Tabla N° 22
"Dinámica Familiar desde la Comunicación"

	Frecuentemente	A veces	Casi Nunca
Los miembros de la familia comparten sus intereses y sus necesidades. (autorrevelación, atención y escucha)	25.0%	32.2%	43.0%
En esta familia si algo les molesta se lo pueden decir a los demás (concreción, inmediatez, confrontación, autenticidad)	31.1%	39.3%	29.0%
Se conversa en familia sobre lo que nos pasa y como nos encontramos	18.0%	43.0%	39.2%

(autorevelación, asertividad)			
Existe una instancia en la que los miembros de la familia se pidan disculpas después de que se discute (empatía, confrontación)	29.0%	43.0%	29.0%
Los miembros de la familia buscan soluciones a sus problemas (confrontación, inmediatez)	32.14%	53.57%	14.28%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

La familia constituye un sistema de interrelaciones, y autogobernado de personas comunicándose con otras, las cuales seleccionan la información recibida, según el modo de percibir la realidad, la que será interpretada según los patrones culturales y valóricos en los cuales se encuentre inmerso el individuo y su familia.

Es posible señalar que las familias estudiadas, se caracterizan por desarrollar escasamente sus habilidades comunicacionales, es decir, la capacidad para expresar a los otros de manera clara y concreta lo que se siente y lo que se desea. Cuando se consultó a las familias, sobre si compartían entre sus miembros, las necesidades e intereses que poseen, un 43.0% señaló, que casi nunca compartían sus intereses y necesidades, y sólo un 25.0% lo realizaba frecuentemente.

Por otra parte un 68.3% afirmó que si algo les molesta, no siempre se lo pueden decir a los demás miembros de la familia. Esto coincide con lo planteado por 82.2% de los casos, quienes señalaron no conversar en familia sobre lo que les pasa y como se encuentran, prefiriendo a su vez resolver sus problemas de manera individual, mas que buscar soluciones en conjunto.

Las barreras afectivas y de confianza que poseen los integrantes de estas familias reducen al máximo el contacto auténtico e íntimo, esta carencia en el sistema familiar, es una manifestación del incumplimiento de una de las funciones familiares que consiste en la transmisión de la afectividad, los padres en este caso particular no son capaces de transmitir sus afectos de manera espontánea y equilibrada, esto como resultado de la inestabilidad emocional que siempre se encuentra presente en los padres maltratadores, los que se manifiestan apáticos y reticentes a las demostraciones de cariño, especialmente a las que involucran contacto físico, la relación constante de disputa y conflicto con los hijos, los hace preferir mantenerse aislados del contacto afectivo con estos, a fin de experimentar menos sentimientos de culpabilidad cuando los agreden física y verbalmente.

Esta alineación familiar provoca un ambiente interno, en el cual sus miembros parecieran no conocerse entre sí, por lo cual prefieren contar sus problemas a otros y por consecuencia resolverlos solos. No es de extrañar que muchas veces la propia familia no se

encuentre enterada de los conflictos o problemas intra e interpersonales por los que se encuentra transitando alguno de la familia.

Cuando se discute generalmente no se ofrecen disculpas, prefiriendo que la discusión se olvide con los días que transcurren, sólo un 29.0% de los entrevistados afirmó pedirse disculpas después de una discusión.

La comunicación se caracteriza por ser un agente articulador y facilitador tanto de la adaptabilidad como de la cohesión (Jaes, 1991). Es posible establecer que, entre los miembros de las familias estudiadas este agente articulador no es adecuado, ni eficaz, tanto en lo cognitivo como en lo afectivo, ya que no existe una congruencia entre lo que lo que se dice y lo que se hace, esto debido a que la intimidad y la confianza entre los miembros de la familia es débil, existe poco interés por compartir sus necesidades al interior, caracterizándose por una escasa capacidad para expresar lo que les molesta, y para comprender una situación y mostrarse en desacuerdo con ella si lo está:

"... A veces no más digo lo que me molesta, porque acá hay algo bien especial, si digo algo me dejan hablando sola..."

Se señala, que para obtener una buena comunicación, existen un conjunto de habilidades comunicacionales, las cuales facilitan el movimiento de la dinámica familiar (Bimbela, 1996). Tomando en consideración que las habilidades comunicacionales presentes al interior de las familias estudiadas son escasas, resulta más dificultoso vencer las barreras existentes entre sus integrantes, repercutiendo esto en las relaciones interpersonales ampliando aún más las fronteras existentes entre cada subsistema familiar y provocando como consecuencia que sus interacciones se vuelvan inadecuadas y confusas.

Se puede inferir, además, que el respeto por los demás miembros de la familia, es mínimo y esto se aprecia en que las ideas de los otros no son respetadas, restringiendo con esto, la aceptación de la individualidad del otro. En estas familias sus miembros demuestran poco interés al momento de atender y escuchar a alguno de sus integrantes cuando quiere comunicar algo. Esto se aprecia especialmente en la relación parental, donde son los hijos quienes al tener en algunos casos, conductas difíciles no son capaces de mantenerse inmutables cuando los padres se encuentran comunicando algo opuesto a lo que ellos desean.

De igual forma se aprecia una escasa capacidad por parte de los miembros del grupo familiar, para comprender las opiniones, actitudes y sentimientos de los demás integrantes de la familia. No siendo capaces estos, de colocarse en el lugar del otro, imposibilitando de esta manera, la comprensión desde el punto de vista personal. Esto se ve reflejado en las conductas expresadas por los padres hacia los hijos, donde en reiteradas ocasiones no son capaces de entender el comportamiento de los niños/as, ni las razones que lo originan,

reaccionando en muchas ocasiones de manera violenta sin ser capaces de ponerse en la posición del otro y de cómo éste se puede estar sintiendo.

Por otra parte se denota la existencia de una ínfima capacidad por parte de las familias, para enfrentar situaciones problemas de manera constructiva. Responden intentando esconder los problemas y evitando conversar sobre estos, haciendo como si no existieran, tal conducta “genera como consecuencia que se formen personas cohibidas y poco creativas con una reducida capacidad de expresión de los aspectos personales de su vida, conduciendo esto al desarrollo de dinámicas familiares destructivas. (Satir, 1995):

“... Conversamos sobre lo que dan en la tele y de lo domestico...”

La frase anteriormente expuesta, da cuenta de que estas familias no poseen las habilidades suficientes para comunicar aspectos personales de la vida, que permitan que los miembros se expresen de manera directa y sincera, esta forma de comunicación que poseen sus miembros no les permiten entender muchas veces las reacciones o estados anímicos de los demás integrantes del grupo familiar.

“... en nuestra familia se conversa poco porque si lo hago termino peleando y después queda la escoba...”

Es posible concluir que una buena comunicación permite que las interacciones familiares sean óptimas y adecuadas, permitiendo que exista un equilibrio en el sistema familiar, y la capacidad para poder enfrentar los cambios que se dan en toda organización social.

5.1.2 Fronteras familiares

Esta dimensión se encuentra referida al conjunto de reglas y límites que se establecen entre los subsistemas familiares, es decir, el grado de contacto e intercambio que establecen sus miembros entre sí mismos y con los espacios externos al sistema familiar.

- **Interacciones Familiares**

Tabla Nº 23
“Interacciones Familiares”

	Frecuentemente	A veces	Casi Nunca
En esta familia existen miembros que tengan mayor preferencia con unos que con otros	32.1%	11.0%	57.1%
Los miembros de la familia tienden a dividir el espacio de los roles	64.2%	21.4%	14.2%
Los miembros de la familia son independientes del núcleo familiar.	46.4%	36.0%	18.0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

De acuerdo a la evaluación de las relaciones familiares y específicamente en lo que se refiere a los límites, podemos señalar que estos se caracterizan por ser externos abiertos, es decir las familias se caracterizan por interactuar y establecer relaciones con personas ajenas al grupo familiar, priorizando estos lazos y vínculos interpersonales por sobre los vínculos familiares.

Con respecto a lo anteriormente expuesto, se señala que un 46.4% de las familias entrevistadas definen a sus miembros como independientes del núcleo familiar, prefiriendo estos permanecer mayor tiempo fuera de la casa que dentro de ella. Es de destacar que el tiempo que los integrantes de las familias comparten juntos, lo reducen a conversaciones superfluas, a ver televisión y a actividades de alimentación.

Al contrario de los límites externos familiares, los límites internos son de carácter cerrado, es decir se restringe al máximo el contacto e interacción entre los sistemas y subsistemas familiares, ninguno de los miembros mantiene mayor contacto con uno que con otro, y en su mayoría les molesta dar cuenta de sus actos a otros integrantes de la familia, funcionando más bien de manera individual, el 68.1% de las familias señala que sus miembros se caracterizan por no manifestar preferencia por un miembro en particular, lo que indica que las inclinaciones y tendencias son bajas dentro del sistema familiar, presentándose una escasa relación entre sus integrantes. .

Un sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, los individuos son subsistemas al interior de una familia. Cada individuo pertenece a distintos subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. El 64.2% de las familias reconocen invadir el espacio de los otros, pero no porque lo desean, sino, por las condiciones estructurales en las que se encuentran viviendo, situación que en muchas ocasiones los irrita y molesta. Considerando las fronteras familiares, un sistema familiar debería poseer límites semipermeables para permitir una diferenciación e individualización suficiente y no exacerbada entre los miembros, y además debe permitir que este sistema se comprometa a una interacción vital con su ambiente. Según Salvador Minuchin (1997), se distinguen tipos de familia, según sus límites, los que serán entendidos, como reglas que definen quienes participan y de que manera, a fin de proteger la diferenciación de los subsistemas.

Dentro de una de las tipologías familiares según los límites, se encuentra la familia disgregada, la que se caracteriza por poseer límites rígidos, con escasa comunicación entre sus miembros y excesiva independencia de esto, no se reconoce el sentido de pertenencia, ni el cooperativismo. en este sistema al existir baja interacción, no se estimula el cambio.

De acuerdo a lo planteado, las familias investigadas se encontrarían dentro de la categoría de disgregadas, al caracterizarse por poseer límites externos abiertos, prefiriendo disfrutar mayormente su tiempo libre fuera del hogar, permitiendo además la entrada de personas externas al grupo familiar, lo que no permite que se pueda distinguir entre sí misma y los de afuera del grupo familiar, por tanto su identidad y su existencia como sistema se ve amenazado.

Los límites internos familiares se caracterizan por ser cerrados, puesto que la comunicación entre los subsistemas es dificultosa y sus funciones protectoras casi no se perciben, no se permite que se produzcan interacciones entre los subsistemas, por ende las coaliciones son débiles, esto a causa de que sus miembros privilegian el espacio individual por sobre el familiar.

"...Aquí nos tratamos todos por igual, nadie tiene más inclinación por uno que por otro..."

Pese a esto sus miembros muchas veces se ven obligados a compartir sus espacios debido a la precariedad de las viviendas en que habitan, además gran parte de estas familias son de tipo extensa, manifestándose en una situación de allegamiento, trayendo como consecuencia una falta de privacidad para los integrantes de la familia:

"...Mi espacio lo invaden todos, pero por mí que sean libres y yo también sea libre..."

Cada subsistema busca satisfacer sus necesidades básicas en las cuales si bien se colaboran mutuamente, no se vinculan profundamente y afectivamente entre ellos, a la hora de estar juntos en la casa se comunican poco y si lo hacen es para tocar aspectos superficiales evitando la intimidad y el compromiso con el sistema familiar. En el caso específico del subsistema parental, este funciona a partir de relaciones desapegadas entre padres e hijos, lo que conlleva que estos funcionen de forma autónoma, manifestando un desproporcionado sentido de la independencia, y bajos niveles de lealtad hacia el grupo familiar, las relaciones interpersonales entre los miembros son escasas y de baja calidad.

Se presentan estilos de crianza caracterizados por normas incongruentes e inconsistentes, que le otorgan inestabilidad al sistema, constantes desacuerdos, entre padres e hijos que concluyen en conflictos que se resuelven generalmente a partir de la aplicación de la fuerza, ya sea física como psicológica.

En relación con la satisfacción de necesidades básicas, los padres buscan dar solución a los problemas y carencias manifestadas por los hijos, dentro de los límites de sus posibilidades, los hijos por su parte se vuelven beneficiarios de estas ayudas, existiendo a su vez bajos niveles de retroalimentación afectiva por estas colaboraciones, los aportes y

atenciones materiales se otorgan como un sustituto del afecto, el que no se manifiesta verbalmente, esta falta de vinculación emocional entre padres e hijos se traduce en un intercambio de ayudas y colaboraciones que se sustentan en el interés y conveniencia circunstancial:

"... Si mi hijo necesita algo de dinero o casa yo lo apoyo con eso dentro de mis posibilidades, pero cuando no necesita nada ni se acuerda de mí..."

Las transacciones e interacciones entre los miembros de la familia suelen caracterizarse por la existencia de antagonismos que se producen, entre algunos intereses de los hijos en oposición a los de los padres. Los modelos de socialización que establece la familia no son consistentes ni congruentes con el comportamiento ni conducta de los padres, porque las actitudes que tienen estos no favorecen el funcionamiento de la familia, trayendo como consecuencia que se repliquen las malas conductas de ellos, ya que así como se comportan los padres es como se desarrollan los hijos/ as:

"... Hay nietos y nietos, todos agresivos, porque el padre es agresivo, los más chiquitos no son obedientes, son todos porfiados..."

Las familias desarrollan su dinámica a partir de las diversas interacciones que establecen entre sus miembros, los cuales se influyen mutuamente y configuran fronteras intrafamiliares, que se consideran como el ámbito hasta donde se permite el ingreso del otro, por lo cual las conductas adoptadas por cualquier integrante de la familia, especialmente los padres quienes son observados por los hijos como un referente comportamentales, ejercen constantes y fuertes influencias en el actuar de estos niños/ as.

Considerando las tipologías establecidas de familia según el Modelo Olson, se señalará a continuación los hallazgos del estudio de acuerdo a estas clasificaciones:

Tabla N° 24
"Tipos de Familia según el Modelo de Olson"

Dimensión	Tipo de familia	Casos	Porcentajes
Cohesión	Aglutinada	10	36.0%
	Conectadas	0	0%
	Separadas	0	0%
	Desligada	18	64.3%
Total		28	100%
Adaptabilidad	Caóticas	23	82.1%
	Flexible	0	0%
	Estructuradas	0	0%
	Rígidas	5	18.0%
Total		28	100%

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada a las familias muestra de estudio

Con relación al análisis de las características familiares en cuanto a su dinámica. Del grupo social en estudio, se puede concluir planteando, que la tipología familiar más frecuente, corresponde a la tipología caótica – desligada, esto considerando, que desde la dimensión de adaptabilidad un 82.1% de las familias se encuentran dentro de la categoría caótica, y desde la cohesión un 64,3%, se encuentra dentro de la categoría desligada.

En cuanto a las reglas, normas y valores que establecen estas familias, se puede afirmar que se caracterizan por presentar interacciones disfuncionales entre sus miembros, manifestándose una negligencia por parte del sistema parental, el cual se caracteriza por una baja aceptación del hijo, poca implicación en su conducta y un bajo nivel de coerción e imposición de normas. Este estilo ofrece una interacción carente de sistematización y de coherencia, ya que se caracteriza esencialmente por la indiferencia, permisividad y pasividad.

Un subsistema parental negligente, se reconoce por padres que tienden a ignorar la conducta de sus hijos, no ofreciendo apoyo cuando éstos padecen situaciones estresantes, otorgan demasiada independencia y responsabilidad a los hijos tanto en lo material como en lo afectivo y apenas supervisan de manera inadecuada la conducta de éstos, se comunican escasamente con ellos, en el plano afectivo son poco unidos, manifestando desinterés en cuanto a las emociones que manifiestan los niños/ as, prestando, por tanto, escasa atención a las necesidades y a las conductas del hijo, esto conlleva a que las relaciones entre padres e hijos se tornen complejas.

Basándose en lo anteriormente expuesto, se puede concluir que un estilo crianza negligente, desencadena en conductas maltratadoras, ya que la inestabilidad e inconsistencia del sistema provoca una oscilación permanente, entre momentos de pausa y relajación del sistema a momentos de estrés y agitación, estos últimos conllevan a episodios agresivos, en los que se busca establecer el orden y el control, que se viene desvaneciendo a causa de actos negligentes previos los cuales sin duda, son perjudiciales para el adecuado desarrollo del niño/ a. y adolescente

Se aprecia, además, que las reglas y roles no están establecidas claramente, perjudicando de esta forma la comunicación entre sus miembros, esto debido a que existe una baja claridad de la posición y el rol que cada integrante ocupa en el proceso comunicativo familiar, ampliando de esta forma las barreras comunicacionales existentes al interior de las familias. Como consecuencia de estas conductas, se limita el sentido de pertenencia y los lazos afectivos entre sus integrantes, provocando un sentimiento de inestabilidad general en sistema familiar, donde cada individuo conserva un sentimiento de individualidad, que no esta exento de provocar numerosos conflictos en términos de crianza y desarrollo de los hijos, puesto que no se desarrolla un rol parental adecuado, que transmita apoyo y seguridad a sus miembros.

5.1.3 Reconocimiento del Maltrato Infantil

El maltrato infantil continúa siendo un problema que se genera en el ámbito privado de la vida de las personas y que si bien paulatinamente, ha pasado al ámbito público, no se han tomado las decisiones adecuadas para resolverlo. Inclusive en los casos de maltrato infantil, que son admitidos por la víctima, el agresor o incluso algún otro miembro de la familia, no son denunciados judicialmente ni derivados, estos casos constituyen generalmente el mayor número, mientras aquellos que se denuncian corresponden al número más íntimo de la población real afectada (Gracia, 2002).

Para efectos del presente análisis, se entenderá el reconocimiento del maltrato infantil, como la capacidad que poseen los padres o cuidadores, para admitir el maltrato, como una práctica inadecuada de crianza. La presencia de tal reconocimiento, será observado a partir del nivel de aceptación y develamiento que los padres realizan del comportamiento agresivo que utilizan para criar y educar a sus hijos. Permitiendo a su vez establecer el nivel de ocultamiento y negación existente por parte de las familias, frente a dichas experiencias.

- **Comportamiento familiar frente al maltrato infantil**

Conforme a lo anterior, y de acuerdo a los criterios de la investigación, el comportamiento familiar será entendido, como los distintos tipos de castigos físicos o no físicos, que los padres utilizan como medida correctiva frente a las conductas de sus hijos, así como también las causas que motivan estos castigos y el sentimiento que experimentan éstos luego de aplicarlos; a partir de la valorización de estos elementos, se podrá determinar el nivel de reconocimiento que los padres o cuidadores manifiestan en relación al maltrato infantil.

Tabla N° 25
"Tipo de Castigo que ejercen los Padres"

Tipo de Castigo	Frecuentemente	A veces	Casi Nunca
Castigo no físico			
No ver televisión	39.3%	0%	61.0%
No dejarlo salir a jugar o pasear	46.4%	0%	54.0%
No hablarle.	18.0%	0%	82.1%
Mandar a acostar	14.2%	0%	85.7%
Castigo físico			
Coscorrón	14.3%	0%	86.0%
Palmada o cachetada	25.0%	0%	75.0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

En términos culturales existen aspectos arraigados en las creencias, avaladas por los sistemas o modelos educativos, en los cuales se plantea que el castigo se constituye como un medio de aprendizaje (Martínez, et al, 1993).

La manera de criar a los hijos/as es el resultado de los efectos que posee la cultura en el comportamiento de los seres humanos. Por lo tanto los padres toman las decisiones culturalmente aprobadas sobre la crianza que darán a sus hijos, "aquello que los padres hacen día a día es un siempre reflejo de lo que dicta la cultura. Por tanto, la conducta de una persona es inseparable del contexto que lo rodea" (Small, 1999).

Con respecto a las familias estudiadas, se puede señalar que dentro de los modelos de crianza más comunes, que adoptan los padres para corregir a sus hijos, se encuentran el castigo físico y no físico. Con respecto a este último tipo de castigo, estas familias manifiestan que la medida disciplinaria que se aplica con mayor frecuencia para corregir a los niños/as, es no dejar salir a jugar o pasear (46.4%) y en un segundo lugar no dejarlos ver televisión (39.4%). Estos datos coinciden con los resultados de los estudios realizados por Soledad Larraín sobre las formas de maltrato (1997), en los que se plantea que los castigos más frecuentes utilizados por los padres hacia sus hijos son no dejarlos salir y no dejarlos ver televisión. "Mientras mayor es el índice de castigo, mayor es el grado de violencia física grave. Esto significa que el castigo "no físico" no es una alternativa al castigo físico, porque cuando hay mayor castigo no físico, hay más probabilidad de que exista castigo físico leve o grave" (Larraín, 1997):

"... Acá solo se les quita la televisión, por nada un golpe, ni siquiera una palmada, ni cuando más chicos..."

Cuando se consultó a las familias sobre que tipo de castigo físico aplicaban para corregir a sus hijos un 25% manifestó utilizar palmadas o cachetadas y un 14,3% coscorrón, esto nos da cuenta que solo un bajo porcentaje de estas familias reconoce utilizar el castigo físico como una medida disciplinaria.

Resulta importante señalar que la mayoría de las familias entrevistadas manifestaron sólo corregir a sus hijos/as por medio de castigos no físicos, esta afirmación, por tanto, resultaría contradictoria con el gran sentimiento de malestar y culpabilidad que los padres expresan sentir luego de castigar a sus hijos, cabe preguntar por qué la sensación de culpabilidad y tristeza, llegando incluso a tener que pedir disculpas a sus hijos después de la acción cometida

El 71.4% de los padres reconocen experimentar tristeza y sentimientos de culpabilidad después de castigar a sus hijos, lo que en muchas ocasiones los hace arrepentirse de la medida disciplinaria aplicada:

"... Después que los castigo me siento muy mal, me pongo a llorar, les pido disculpas y les prometo que nunca mas lo volveré hacer..."

Se puede entonces afirmar que los castigos utilizados por las familias, son más bien de carácter físico, puesto que se debe considerar que todas las familias visitadas, corresponden a casos atendidos por maltrato infantil en el Hospital Carlos Van Buren.

Cada familia visitada y entrevistada posee una propia y particular forma de vida, un estilo específico y arraigado de crianza, nadie más que los propios actores de los hechos, pueden saber fidedignamente lo que ocurre puertas adentro de sus casas.

Tabla N° 26
"Causas por las cuales se castiga"

Causas por las cuales se castiga.	Frecuentemente	A veces	Casi Nunca
Desobedecer	64.3%	0%	36.0%
Por insolencias	21.4%	0%	79.0%
Por mal rendimiento	25.0%	0%	75.0%
Por no hacer las tareas	18.0%	0%	83.0%
Por orinarse	11.0%	0%	89.2%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

De acuerdo a los resultados obtenidos del presente estudio, se puede inferir que todas las causas de castigo están relacionadas generalmente con el hecho de no responder los hijos a la autoridad de los padres, y ante esta situación estos últimos justifican las causas del castigo señalando que son sus hijos los que realizan actos intencionales para provocar sus disgustos.

Cuando se consultó a las familias sobre las causas por las cuales se castigaba a los hijos/as, éstas refirieron como razones más comunes; la desobediencia, representado en un 64.3% de los casos y en segundo lugar el mal rendimiento escolar con un 25% respectivamente:

"... Yo lo castigo cuando no me hacen caso en lo que yo le digo..."

Con respecto a la frase anteriormente señalada se puede inferir que a estos padres les disgusta especialmente que sus hijos los contradigan y se opongan a sus órdenes. Si se considera, que todo acto violento involucra una imposición de poder de uno sobre otro, dictar las ordenes sería, por tanto, una manifestación de ese poder, por lo cual cuando estas ordenes no se cumplen, se genera consecuentemente el castigo.

Tabla N° 27
"Reconocimiento del maltrato"

Actitud de los padres	Frecuentemente	A Veces	Casi Nunca
Padres o cuidadores se sienten mal después de que se castiga	71.42%	18.0%	7.14%
Se han experimentado episodios de maltrato en la familia	29.0%	14.2%	54.0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Al consultar sobre la existencia de episodios de maltrato en la familia un 54,0% de los entrevistados afirmó no vivir experiencias de violencia al interior del hogar, sólo un 14,2% de éstos reconoció el maltrato como una experiencia que había ocurrido sólo algunas veces. Se destaca a su vez, una tendencia a minimizar y justificar los actos de maltrato, bajándole el perfil a estas conductas, y con esto restándole el valor, la importancia y gravedad que realmente implican, cuando señalan que estos hechos ocurrieron sólo algunas veces, lo admiten como situaciones pasajeras, que parecieran estar olvidadas y que no tienen ya, tanta importancia, atribuyen a su vez como razón de los hechos, si es que ocurrieron, eventos y circunstancias ajenas al control y la voluntad personal del agresor:

"... Si, violencia intrafamiliar al principio del matrimonio, mi marido me pegaba porque no sabía hacer nada de la casa, a veces cuando él llega curado está un poco enojón y peleador, pero nada más..."

Lo que sí es evidente y observable durante el contacto con dichas familias, es el reducido nivel de reconocimiento que realizan de las experiencias violentas en las que se encuentran inmersos y a las que someten a sus propios hijos.

Si bien pocas familias reconocen vivir o haber experimentado experiencias de maltrato, cuando se les pregunta sobre su relación de pareja, con respecto a la forma en que se discute y resuelven los problemas, un gran porcentaje reconoció manifestar agresiones físicas o verbales al momento de discutir, sin embargo, no son capaces de identificar también, las agresiones verbales como constitutivas de actos violentos, se aprecia, además una percepción errónea de la violencia, es decir, se cree, que por el hecho de no ser continuo y reiterado el acto violento, éste no constituye problema, lo cual provoca que estos afectados olviden fácilmente estos episodios, posteriormente negándolos y minimizándolos.

Se debe considerar por su parte, que todos los casos investigados han sido víctimas de maltrato físico y abuso sexual, por lo que resulta evidente que el hecho no es reconocido. Esto puede deberse a distintos motivos, tales como el temor a ser sancionados tanto social como judicialmente y, además, porque estos padres conciben el maltrato infantil como una práctica y medida disciplinaria normal, "los análisis transculturales apoyan el supuesto que las prácticas de crianza en algunos países facilitan la ocurrencia de los malos tratos. Los padres castigan físicamente a sus hijos para corregir sus conductas inapropiadas y el castigo físico se ve no sólo como un método de disciplina necesario, si no también como una práctica positiva que permite convertir a los niños en buenos ciudadanos" (Cantón, et al, 2004).

La persona violenta suele adoptar modalidades conductuales disociadas, en el ámbito público se muestra como una persona equilibrada y no hace pensar que es violenta, y en el plano privado, por el contrario, se comporta agresiva, como si se transformara en otra persona, estas características hacen difícil reconocer a una persona violenta, ya que estas socialmente disfrazan su comportamiento. Los padres que ejercen estas conductas, tienden a mantenerse en este doble estándar de funcionamiento, es decir proyectan socialmente una imagen y se comportan en la intimidad de acuerdo a otra. Esta oposición de sentidos presentes en el agresor, se reflejan también en su conducta posterior al ejercicio del acto violento, en la que generalmente demuestran arrepentimiento por el castigo aplicado. Muchas veces, la tristeza que acompaña como consecuencia al acto violento, es originada por el recuerdo de sus propias experiencias de maltrato vividas en la infancia, no se alcanza a conocer claramente, porque estos padres replican conductas con sus hijos/as, que a ellos ocasionaron pena y dolor en su niñez.

5.1.4 Conflictos en la Familia

Esta dimensión se entenderá, como toda situación de antagonismo y oposición existente entre dos o más personas producto de ideas y posturas divergentes, que al no ser manejadas adecuadamente, pueden desencadenar en episodios de violencia física o verbal.

- **Conflictos de pareja**

Tabla N° 28
"Conflictos de pareja"

	Frecuentemente	A veces	Casi nunca
En esta familia existen conflictos de pareja	50.0%	20.0%	20.0%
La pareja se pide disculpas después de una discusión	10.0%	40.0%	50.0%
La pareja después de que discute se reconcilia fácilmente.	25.0%	45.0%	30.0%
Se manifiestan agresiones físicas o verbales al momento de discutir	65.0%	15.0%	20.0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Es importante considerar que los conflictos interpersonales son uno de los resultados posibles de la interacción social, como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella, estos suelen traducirse en situaciones de confrontación y de competencia, y su resolución a favor de una u otra parte se relaciona con nociones tales como la autoridad y el poder. El conflicto que aparece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia, se puede decir que, por el contrario, el

negar la inevitabilidad del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de la violencia (Corsi, 1997).

Si bien se reconoce, que la existencia del conflicto es necesaria en la construcción de una vida familiar y de relación de pareja, a través del cual se puede lograr el verdadero conocimiento del otro y conseguir la intimidad necesaria que fundamente la sana convivencia cotidiana, esta se ve socavada cuando los conflictos no se manejan adecuadamente culminando en reacciones agresivas hacia uno de los miembros de la pareja.

De acuerdo a lo anterior se puede señalar que el 60% de las parejas que componen las familias estudiadas, se caracterizan por experimentar conflictos, los que son generalmente expresados en un 65% de los casos, a través de agresiones físicas o verbales durante la discusión.

Los conflictos más comunes que experimentan estas parejas se caracterizan generalmente, por discusiones, las que se originan por incompatibilidad de carácter, incompreensión, incomunicación, infidelidades, celos, conflictos por poderes o roles, drogodependencia, entre otras, es en estas situaciones donde se manifiestan las agresiones tanto físicas como verbales, las cuales alteran el funcionamiento familiar y desencadenan consecuencias negativas en cada uno de los integrantes del sistema:

" ... Con mi marido peleamos por su irresponsabilidad y porque tomaba y se drogaba, era egoísta y celoso, siempre me pegaba y me decía garabatos, delante de cualquiera..."

Es de destacar que estas familias al vivir en condiciones socioeconómicas deficitarias, presentan una insatisfacción de sus necesidades básicas, lo que conlleva a experimentar mayores situaciones de estrés y tensión familiar, en situaciones de depresión económica el riesgo de presentar conflictos de pareja se acrecienta. "La tensión conyugal se ve incrementada por los niveles de pobreza que se mantienen en amplios sectores de la población, que viven fuertes crisis derivados de los problemas económicos y de la estrechez de la vivienda" (Reyes et al, 1997).

En relación la capacidad que poseen los miembros de la pareja para admitir los errores y pedir disculpas luego de una discusión, se plantea que en el 90% de los casos estudiados, las parejas no se piden disculpas, a su vez tampoco se reconcilian fácilmente, un 75% de las parejas admitió que les cuesta reconciliarse luego de discutir, sin embargo deben continuar conviviendo diariamente, por lo cual se mantienen en comunicación, pero sólo en aspectos estrictamente necesarios, esto genera que el conflicto hay sido olvidado y se mantiene la disputa tácitamente por algún tiempo. Este comportamiento, podría

deberse a la incapacidad que poseen los miembros de la pareja para transar y llegar a acuerdos cuando se presentan situaciones conflictivas, empeorando aún más la relación de pareja.

"... Yo soy rencorosa y él también, no nos pedimos disculpas ninguno de los dos incluso estuvimos separados mucho tiempo y ahora lo recibí porque perdí mi pega..."

Esto nos da cuenta de que la inexistencia de una buena comunicación, dificulta encontrar un espacio para aprender a respetar al otro y aceptar sus errores imposibilitando con esto la búsqueda de alternativas que ayuden a superar las dificultades, cuando los conflictos de parejas no se manejan adecuadamente desencadenan en problemas familiares, los que influyen sobre todos los miembros y afectan directamente a los hijos/as, ya que como funcionan los padres es como se desarrollan los hijos/as y dependiendo por tanto de la forma en que la familia se organice será el desenvolvimiento y la marcha del sistema en su totalidad.

Cabe considerar que una relación de pareja inestable y conflictiva, aumenta las posibilidades de que este conflicto se traslade hacia otro subsistema. El subsistema parental cuya función es la crianza y educación de los hijos/as, se constituye en el escenario idóneo hacia el cual se trasladan los conflictos de pareja, convirtiéndose en el espacio a través del cual los padres buscan descargar sus frustraciones dañando a sus hijos tanto emocional como físicamente.

Si bien el subsistema conyugal posee como una de sus funciones básicas el logro de la intimidad entre los integrantes de la pareja, esta debe conseguirse, manteniendo el respeto por la individualidad del otro, sin caer en una relación dependiente y de tipo simbiótica, el exceso de intimidad provoca problemas frecuentes entre las parejas. Las relaciones conyugales presentes en las familias investigadas, se caracterizan por la manifestación de una intimidad simbiótica. En la cual se reduce la autonomía y la individualidad del otro, personificado esto, en la imagen de un hombre dominador, quien busca satisfacer una necesidad íntima de dominación y poder. La cual se satisface a partir de una mujer sumisa y que acceda a la dominación, esta relación complementaria, pero a la vez morbosa produce un conjunto de limitaciones en el plano personal de cada uno de los integrantes de la pareja.

Los efectos sobre los hijos de una conyugalidad disarmónica y deteriorada, no pueden sino ser complejos y graves, y el abuso sexual resulta tan frecuente como emblemático. Los impulsos agresivos de los padres influyen libremente hacia los hijos, sin el control de las funciones protectoras, resultando en malos tratos físicos que emergen con frecuencia sobre un fondo de abandono y faltas de cuidados (Coletti, 1997).

En base a los hallazgos obtenidos de la presente investigación, se plantea que los conflictos de pareja constituyen un factor de alto riesgo, que impide el adecuado desarrollo de los niños/as, esto debido que alteran la inserción y la adaptación social de estos, menoscabando la seguridad personal, y obstaculizando el normal desarrollo de la personalidad.

5.2 Variable : Maltrato infantil

Los antecedentes expuestos a continuación, fueron recojidos a partir de una entrevista semiestructurada, aplicada a médicos del servicio de pediatría del Hospital Carlos Van Buren.

El maltrato infantil será entendido, como toda agresión física, o sexual en contra de un niño menor de 18 años o la falta de proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, esto abordado desde el enfoque de la atención médica.

Las conductas de maltrato, constituyen una práctica arraigada en la cultura del ser humano, esta conducta se ha asociado históricamente con un sistema de "crianza y educación" que hace relación a los diferentes modelos de cuidado y atención a los niños. A la hora de valorar un comportamiento de maltrato infantil, se debe tener siempre en cuenta el "relativismo cultural", es decir, las costumbres y aspectos culturales específicos en los que se contextualiza el comportamiento, los que en definitiva serán, los encargados de modelar el concepto de maltrato e influir en la expresión y forma en que este hecho se manifiesta. Cada cultura posee métodos y técnicas para criar y enseñar a los niños, sin embargo es reconocido, que cuando se extreman estos métodos correctivos y los castigos aplicados, fácilmente se puede cruzar la línea existente entre un simple castigo y el maltrato.

5.2.1 Procedimientos Médicos de Atención al Maltrato Infantil

En muchos casos de maltrato físico y abuso sexual de niños/as y adolescente, el servicio de urgencia de los Hospitales es el primer contacto del niño (y su familia) con un profesional de salud. Este contacto se da en un ambiente que suele ser tenso donde las personas tienen una alta carga emocional. En estas circunstancias, se obtiene una información a menudo contradictoria e incoherente, de las razones que motivan la atención, y este hecho es el que generalmente levanta las primeras sospechas de la existencia de maltrato infantil.

Conforme a lo anterior, se señala que los procedimientos médicos, están relacionados con aquellas medidas y determinaciones que adopta el equipo de salud al momento de atender y tratar pacientes ingresados por maltrato infantil

Tabla N° 29
"Procedimientos médicos de atención al maltrato infantil"

Procedimientos médicos de atención al maltrato infantil	Sí	No
Se deja registro de la sospecha de maltrato infantil en la anamnesis clínica (historia clínica del paciente previa al ingreso)	100%	0%
Se hospitaliza al menos cuando la sospecha de maltrato infantil es alta y aún no ha sido confirmada	100%	0%
Se incluye el maltrato infantil como diagnóstico médico	66.7%	33.3%
Se deja registro de los factores de riesgo en maltrato infantil, en la epicrisis (historia médica del paciente)	33.3%	66.7%
Se realiza derivación interna a servicio social	100%	0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Con respecto a los procedimientos médicos, se puede señalar que en un 100% de las atenciones se deja registro de la sospecha de maltrato infantil en la hoja de atención, se hospitaliza al menor cuando hay sospecha de maltrato como una medida de protección, la cual será entendida como una acción para prevenir el riesgo de repetición o agravamiento del maltrato, permitiendo por tanto resguardar la integridad del niño y realizar una evaluación multidisciplinaria del caso, y posteriormente se realiza derivación interna a servicio social. El seguimiento de estos conductos regulares, asegura una atención responsable dirigida a proteger la integridad física y moral del niño/a y adolescente.

La primera responsabilidad del equipo de salud del Hospital Carlos Van Buren, es proteger al niño de nuevos maltratos y en los casos más severos, alejarlo del peligro inmediato. La hospitalización es la medida de protección más efectiva y recomendable al alcance del médico. No es necesario tener la certeza de que se trata de un caso de maltrato para hospitalizar a un niño/a. Si existe razonable sospecha de riesgo de repetición o agravamiento del maltrato, no puede permitirse que el niño/a regrese a un medio en que ha sido severamente agredido. En estos casos la hospitalización se impone. El médico a cargo de la atención, debe conocer claramente lo que significa para el niño/a y la familia la decisión que tome y los procedimientos que en el respectivo servicio de urgencia se han determinado para estos casos, así como los recursos de apoyo que tiene a su disposición:

"Siempre hospitalizamos al niño, si hay una sospecha de que esta siendo maltratado, esto como medida de protección, y se hace la respectiva denuncia"

Al momento de ingresar el niño/a al servicio de urgencia del Hospital, en un 66.7% de las atenciones se deja registro del maltrato físico y/o abuso sexual, ya sea como diagnóstico o como sospecha, aunque el niño/a no sea hospitalizado se debe llenar de igual manera una ficha de registro que deja constancia de éste hecho.

En el servicio de atención de urgencias hospitalario, se debe disponer de un "formulario específico" para el registro de los casos de maltrato infantil, con el objetivo de constatar la situación y las lesiones producidas por este, y a su vez éste debe permitir la identificación de los factores de riesgo más relevantes que confirmen la sospecha médica (Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en los Servicios de urgencia, 1998):

"...El médico de turno deja la sospecha en el documento de atención, y si es necesario o conveniente en la ficha clínica..."

La realidad de la atención en el Hospital Carlos Van Buren, deja de manifiesto que no se cuenta con un "formulario específico" para el registro de casos de maltrato infantil y que no existe un protocolo tipo para la atención de estos casos. Inclusive no existe un código específico que categorice el maltrato infantil como un diagnóstico médico, haciendo dificultosa la recolección de los datos estadísticos de los casos atendidos por esta causa.

En cuanto al registro de los factores de riesgo que inciden en la aparición de episodios de maltrato, la mayor parte de los médicos entrevistados (66.7%) reconoció no registrarlos, salvo algunas ocasiones, donde queda a criterio del médico dejar registro de estos en las observaciones de la ficha clínica

"... Los factores de riesgo se ponen y se anotan en observaciones de la hoja de atención de urgencia y si se hospitaliza en la ficha clínica..."

Conforme a lo anterior, se plantea que existen factores de riesgo que son detectados por el médico en un primer contacto con el niño y su familia, a partir de una conversación que permite recoger antecedentes de riesgo del niño y de su entorno familiar y social, que apoyan el diagnóstico de maltrato y refuerzan la necesidad de intervenir. Dentro de estos factores se señalan: condiciones de vida deficitaria, tales como cesantía y/o problemas económicos; niño no escolarizado, con discapacidad física o mental, y ausencia de persona responsable del cuidado del niño/a. Estos factores son relevantes a la hora de valorar la gravedad del caso, en términos de salud y seguridad básicos, además del riesgo inminente de que las experiencias de maltrato se puedan repetir en un futuro, por lo cual se señala que consignar estos es un aspecto trascendental de la atención que se le otorga a un niño/a, lo que permitirá tomar las mejores decisiones en cuanto a las medidas futuras que se deban adoptar en esta situación particular.

Posterior a la atención médica del paciente, los médicos realizan la derivación del caso a la unidad de servicio social del hospital, esto con la finalidad de confirmar la sospecha de maltrato si es que aún no ha podido ser comprobada, si ésta ya ha sido confirmada, servicio social es el encargado de recibir la interconsulta inmediata del caso, se busca a su vez

determinar la existencia de un daño real o potencial presente en el niño en términos psicosociales y elaborar una evaluación sociofamiliar que establezca el nivel de riesgo, de que la experiencia de maltrato pueda repetirse en un futuro.:

“... Se realiza derivación cuando hay sospecha de maltrato y para evaluar a la familia...”.

Es importante destacar que el rol del asistente social inserto en un sistema de salud, es sumamente relevante, esto debido a que dicho profesional es el encargado de activar las redes de protección del niño/ a ante una situación de maltrato. Este profesional es quien participa y coopera en los procesos dirigidos a confirmar la presencia de maltrato infantil, esto por medio de entrevistas realizadas a los padres o cuidadores, por separado, a fin de contraponer las versiones sobre lo ocurrido y las explicaciones que estos mismos atribuyen a los hechos. Una vez confirmada la sospecha de maltrato infantil, es este profesional quien tiene la responsabilidad de tramitar y derivar el caso a tribunales de familia, instancia encargada de resolver las acciones que se deben emprender con respecto al futuro del niño/a afectado y su familia.

5.2.2 Maltrato Infantil Físico

Se entenderá como cualquier acción no accidental, por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño/a o que le coloque en grave riesgo de padecerlo. Estas acciones tendrán sus manifestaciones a través de indicadores físicos presentes en el niño/a, reconocibles a partir de las indagaciones médicas, que dan cuenta del daño provocado en éste.

Tabla N° 30

"Indicadores presentes en el niño/a víctima de Maltrato Físico"

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Indicadores físicos	Sí	No
Quemaduras de puros o cigarros	33.3%	66.7%
Fracturas múltiples: en el cráneo, nariz o mandíbula ; en el espiral de los huesos largos (brazos , piernas)	100%	0%
Heridas o raspaduras: en boca, labios encías u ojos ; en la parte posterior de los brazos , piernas o torso	66.7%	33.3%
Lesiones abdominales ; hinchazón de abdomen ; dolor localizado , vómitos constantes	66.7%	33.3%
Señales de mordeduras humanas (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son recurrentes)	0%	100%
Hematomas subdural con hemorragia retiniana	100%	0%
Dolor de cabeza permanente	33.3%	66.7%
Indicadores en el comportamiento		
Apego al examinador	33.3%	66.7%
Apego al hospital	33.3%	66.7%
Se muestra tímido y aprensivo	100%	0%
Parece tener miedo a la soledad y a la oscuridad	100%	0%
Informa que su padre/ madre le ha causado alguna lesión.	66.7%	33.3%
Parece tener miedo a sus padres	100%	0%
Cauteloso con respecto al contacto físico	100%	0%

Algunas investigaciones han señalado que las causas por las cuales un padre o una madre presentan problemas en el control de impulsos ejerciendo el castigo físico sobre sus hijos, no son las mismas por las cuales una madre no provee de cuidados básicos o los expone a abandono. Esto permite deducir que las razones que motivan la agresión y el castigo son diversas, y que difieren de acuerdo a las características propias de cada individuo y las diversas variables que interactúan.

La detección o identificación del maltrato infantil es el eje central sobre el que gira todo el proceso de actuación profesional ante un niño maltratado y su familia. Para llegar a establecer una presunción diagnóstica es preciso objetivizar manifestaciones presentes tanto en el niño como en su ambiente familiar, que se deberán analizar e integrar con el fin de determinar la posibilidad del maltrato. Estas manifestaciones se denominan "indicadores". Los indicadores son expresiones observables que se vierten hacia el exterior, se han dividido en directos e indirectos, los primeros son aquellos que ya han dejado huella patente en el niño, de tipo físico; los segundos son aquellos derivados del comportamiento social general, de la relación familiar, de la conducta infantil o familiar, de los cuidados sanitarios nutricionales, y emocionales (Martínez et al, 1993).

En relación a los indicadores físicos presentes en el niño/a, los médicos entrevistados, han señalado que las lesiones más comunes que denotan maltrato físico, corresponden a las fracturas múltiples y hematomas subdural con hemorragia retiniana. Con respecto a las

fracturas múltiples se puede decir, que las localizaciones más frecuentes son las extremidades; en orden decreciente se encuentran: Húmero (región metafisaria proximal y supracondílea), tibia y fémur. Las fracturas presentes en estas zonas, conocidas como los huesos largos del cuerpo, harían sospechar inmediatamente la presencia de maltrato físico en un niño/a.

Con respecto a los traumatismos craneoencefálicos, que constituyen la principal lesión craneal grave en lactantes, conocida como el "síndrome del niño sacudido". El cual se define como una sacudida, que consiste en el desplazamiento brusco del tronco hacia delante y atrás, provocando movimientos de latigazo de aceleración y desaceleración de la cabeza, con rotura de las venas cerebrales que hacen puente entre la dura madre y el cerebro; esto conduce a hemorragias retinianas, hematoma subdural o subaracnoideo, sin signos externos craneofaciales de traumatismo. El hematoma subdural es una de las manifestaciones más evidentes y graves de las lesiones intracranéas, la cual consiste en una colección de sangre venosa situada entre la duramadre y la corteza cerebral, con frecuencia se asocia la fractura de los huesos del cráneo, y su presencia en los niños pequeños (menores de tres años) es sugestivo de malos tratos especialmente si se acompaña de hemorragias retinianas, estas últimas son producidas por la hipertensión de las venas retinianas, secundarias a las fuerzas de aceleración y desaceleración, aplicadas a la cabeza (Casado, et al, 1997).

En un segundo lugar se aprecian las lesiones abdominales, y las heridas o raspaduras, en relación a las lesiones, conocidas también como traumatismos abdominales, se puede señalar que estos suelen ser contusos o cerrados en su mayoría, pudiendo ocasionar lesiones importantes de los órganos internos sin ninguna o con mínima evidencia del traumatismo en la pared abdominal.

Las agresiones se producen habitualmente con objetos romos, puñetazos, patadas o caídas por empujones. Debido al menor tamaño corporal del niño las fuerzas traumáticas se distribuyen con más intensidad sobre cada área corporal, determinando que las lesiones multisistémicas sean más frecuentes que en el adulto (Casado, et al, 1997).

Las heridas o raspaduras constituyen una de las evidencias más frecuentes, de que un niño/a puede estar siendo víctima de maltrato físico, y es la que en general permite el diagnóstico: Las lesiones suelen tener características específicas (localización, forma, color) lo que las diferencia de las producidas en forma casual. Las zonas corporales más frecuentemente lesionadas varían con la edad, pero no con el sexo, son las tradicionales del castigo físico: glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal de brazos y piernas

(antebrazos, hombros y muslos), espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca.

Es importante considerar que constituye maltrato, el uso de cualquier instrumento empleado para lesionar cualquier parte del cuerpo, también cuando la lesión produce más allá del enrojecimiento por una palmada dada a cualquier área de cuerpo que provoque una herida o raspadura. En lo que se refiere a la historia clínica, la Anamnesis debe ayudar al diagnóstico de sospecha de maltrato infantil, sobre todo si los padres o cuidadores no se presentan como responsables de las lesiones.

En general, se debe sospechar de malos tratos ante la discordante explicación de la etiología de las lesiones y los hallazgos de la exploración, signos de abandono en los hijos, la presencia de un traumatismo en un menor de tres años, el largo intervalo entre la producción de la lesión y la fecha de la visita y las fracturas inexplicadas en distintos estados de consolidación no tratadas:

“...Inmediatamente sospechamos de maltrato, cuando el niño presenta una fractura antigua que no fue tratada...”

Los indicadores indirectos son todas aquellas consecuencias de la interrelación y de la actuación diaria en la atención a las diferentes necesidades del niño en sus etapas evolutivas. Se recogen mediante la observación directa de la dinámica relacional de la pareja o de la familia, o bien se consiguen con la elaboración de la anamnesis.

La valoración de los indicadores indirectos, amerita u contacto interdisciplinario para corroborar la comprobación del maltrato infantil desde otro ángulo o bien rechazarlo. Es difícil establecer una categoría estándar de las posibles consecuencias, especialmente en el comportamiento, que sufrirían los niños víctimas de maltrato infantil. Ya que la conducta humana es imprevisible en sus reacciones, frente a conductas estresantes y violentas, y éstas dependerán de la etapa evolutiva en la que se encuentra el niño, y de las características propias del desarrollo de su personalidad.

Con respecto a los indicadores indirectos que se expresan en manifestaciones comportamentales adoptados por los niños/as que sufren maltrato físico, los médicos entrevistados señalan que las conductas más comunes que se presentan en los menores son: la timidez y aprensividad, cautela con respecto al contacto físico y el temor a la soledad, a la oscuridad y a sus padres o cuidadores. Estas características hacen razonable pensar que un ambiente con un deficiente cuidado parental puede provocar mayor falta de seguridad personal y un baja autoestima, lo que se traduciría en miedos inespecíficos e inexplicables, esto por la “falta de estimulación sensorial, y la deprivación cognitiva derivada

de la desestructuración del ambiente familiar, las dificultades en el establecimiento de los vínculos afectivos y la falta de relaciones sociales adecuadas" (Martínez et al, 1993):

..." Los niños cuentan cuando el padre o la madre los ha agredido, esto lo cuentan para buscar ayuda, por eso se apegan al equipo que los está atendiendo y al hospital en general..."

Tabla N° 31
"Indagaciones médicas para confirmar la existencia de maltrato físico"

Indagaciones médicas	Sí	No
Entrevistas con padres o cuidadores por separado	66.7%	33.3%
Relación afectiva entre los padres o cuidadores	33.3%	66.7%
Exámenes médicos	100%	0%

Fuente: "Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevistas semiestructurada a médicos"

Una de las primeras acciones llevadas a cabo por el médico, para confirmar una sospecha de maltrato físico, es la realización del examen clínico, tomando en cuenta la gravedad de las lesiones, que en su mayoría corresponden a fracturas múltiples, el más común de estos, es la realización de exámenes de imagenología.

En segundo lugar el rol del médico consiste en recoger los primeros elementos que conformaran la anamnesis, esto a través de una entrevista realizada a los padres por separado y a los niños, a fin de determinar las características del ambiente y entorno donde habita el niño/a e identificar la discordancia en la explicación de la etiología de las lesiones.

Con poca frecuencia, el niño es llevado a los servicios de urgencia por maltrato físico, como motivo de consulta, existen antecedentes y signos clínicos que hacen sospechar la presencia de maltrato. Los hallazgos encontrados en la atención del niño no son analizados de forma aislada, la asociación entre algunos de esto, su forma y su evolución en relación a la edad del niño, es lo que permite hacer el diagnóstico o establecer la sospecha de maltrato.

Es sabido que las experiencias de maltrato, generan consecuencias en el desarrollo integral evolutivo del niño/a a corto y largo plazo. Estas son el producto de múltiples

transacciones entre las características del niño (edad y etapa evolutiva), la adecuación de los cuidadores y los factores ambientales que se producen a lo largo del tiempo, y no de actos únicos o aislados de maltrato. Los niños maltratados físicamente se caracterizan por manifestar consecuencias internas como el retraimiento social y el recelo y externas, como conducta agresiva, desobediencia y comportamiento antisocial. Ambos aspectos de la conducta, como la representación de lados opuestos de la misma moneda.

5.2.3 Abuso Sexual Infantil

Aún no se ha conseguido una definición única aceptada para el abuso sexual, esto debido fundamentalmente a las dificultades para delimitar los conceptos de "infancia", "relación sexual" y "abuso". La definición de lo que constituye un "acto sexual" varía según los autores, de manera que mientras para uno es un "contacto físico" mantenido en secreto, para otros constituye todo un "espectro de conductas que va desde el exhibicionismo a las caricias y las relaciones sexuales orales-genitales. Lo que si ha quedado claro a partir de las investigaciones es el criterio que señala que la conducta sexual entre un niño y un adulto es siempre inapropiada (Cantón, et al, 2004).

El abuso sexual es un tipo de maltrato infantil que podría definirse como la participación del niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado por su desarrollo, a las que no puede otorgar su consentimiento y que violan los tabúes sociales y legales. Los criterios fundamentales para poder aplicar este término son: la edad del agresor en asimetría con la edad del niño (5 o más años de edad que la víctima), y la coerción, autoridad o imprudencia que puede utilizar el agresor.

La coerción debe ser considerada, como criterio para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual de un menor, independientemente de la edad del agresor. Por otra parte la asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y exceptivas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria. Por consiguiente, se considera que siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez), entre una persona menor y cualquier otras las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas (López, 1997).

Conforme a lo anteriormente expuesto, esta dimensión será comprendida, como cualquier clase de contacto sexual con un niño/a menor de 18 años por parte de un familiar /

tutor adulto, desde una posición de poder o autoridad sobre él/la menor. Al igual que el maltrato físico, el abuso sexual posee un conjunto de indicadores fácilmente reconocibles durante las indagaciones médicas, los que darán cuenta de la gravedad del maltrato cometido contra el niño/a.

Tabla N° 32
“Indicadores presentes en el niño/a víctima de Abuso Sexual”

Indicadores físicos	Si	No
Fisuras	100%	0%
Equimosis del periné (moretones)	100%	0%
Contusiones o sangrado en los genitales extensos , zona vaginal o anal	66.7%	33.3%
Tiene una enfermedad venérea	33.3%	66.7%
Tiene la cerviz o la vulva hinchadas o rojas	100%	0%
Indicadores de comportamiento		
Rechazo al examinador.	100%	0%
Cambios de carácter	100%	0%
Miedos	100%	0%
Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales	100%	0%
Dice que ha sido atacado por un padre/ cuidador	66.7%	33.3%
Se orinan o defecan durante el examen físico.	33.3%	66.7%

Fuente: "Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada".

Al ser atendido un niño en el servicio de urgencia del Hospital, con sospechas de abuso sexual, la primera medida que se impone es la realización de un examen físico, éste tiene como objetivo documentar la evidencia de una agresión sexual, así como valorar las posibles lesiones físicas resultantes de la misma.

De acuerdo a la información aportada por los médicos con respecto a las características de los pacientes atendidos por abuso sexual se puede establecer que los indicadores físicos, más comunes que presentan los niños/as víctimas de abuso, corresponden a fisuras, vulvas hinchadas o rojas y equimosis del periné y cerviz. En un 66.7% de las atenciones se presentan contusiones o sangrados en los genitales y enfermedades venéreas.

Las manifestaciones conductuales presentes en los niños/as, tienen diversas formas de presentación, al igual que en los casos de maltrato físico. La orientación clínica basada sólo en las manifestaciones conductuales es prácticamente imposible; estas se deben asociar siempre con circunstancias acompañantes. (Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en los servicios de urgencia, 1998).

En base a los antecedentes recogidos de la investigación, los indicadores de comportamiento más comunes presentes en los niños, corresponden a los cambios de carácter, miedos, rechazo al examinador y conductas erotizadas inusuales para su edad, en alguno de los casos (33.3%) estos se pueden orinar o defecar durante el examen. A su vez estos niños manifiestan el surgimiento de miedos constantes y exagerados de todo tipo, estos pueden ser la prueba de que la autoestima del niño/a se ha visto afectada por el abuso sexual, manifestándose, además extrañas pautas de comportamiento en determinadas circunstancias, el niño a partir de estas vías de comunicación hace alusiones claras de que ha sido expuesto a una situación estresante y traumante.

El rechazo al examinador es una conducta común presente en los niños afectados por abuso sexual, ya que las indagaciones medicas que forman parte del examen físico, amedrentan al niño, haciéndolo recordar el trauma provocado por la experiencia de abuso a la que fue o esta siendo sometido.

Un niño que ha sido víctima de abusos sexuales, no sólo presenta lesiones físicas, sino también agresiones psicológicas y espirituales "que hace del relato muchas veces una nueva agresión en términos de que hace revivir a la víctima nuevamente los episodios de violencia, corriendo el riesgo de la victimización secundaria" (Martínez et al. 1993).

Por otra parte en ocasiones los niños/as, presentan abruptos cambios de carácter durante la estadía en el hospital, este fenómeno se denomina "hospitalismo inverso", es la situación en la que aquel niño abusado, cuya conducta en el primer contacto con el hospital es de apatía falta de comunicación llanto etc, al poco de tiempo de permanecer en el hospital adopta un cambio de carácter positivo (fácil relación, actividad, facilidad para el juego, etc.).

Cuando el niño/a es abusado sexualmente, el potencial de sensualidad y de erotización presente en estado de latencia se activa de modo brutal cuando es objeto de esta acción abusiva. Los conocimientos sobre sexualidad que no corresponden con la edad de la niño/a o las actitudes y formas de expresión impropias de su edad pueden indicar que el menor ha tenido experiencias fuera de lo normal en el campo de la sexualidad. "En la relación abusiva, el proceso de erotización se realiza de modo negativo. El cuerpo del niño sensibilizado y preparado para reaccionar ante las estimulaciones sensoriales no puede evitarlo, o lo hace a expensas de una disociación imposible. El mecanismo sensitivo se acelera sin posibilidad de control y contención" (Perrone, 1997).

En Chile el abuso sexual contra niños menores de 18 años constituye un delito sancionado por el Código Penal (Título VIII, Cáp. I y II, 2000), por esto, las acciones legales

siempre estarán sujetas a un procedimiento penal y no civil. Dichas acciones contemplan dejar constancia del hecho ante el carabinero de turno del hospital. Esta constancia permite la realización del examen físico- ginecológico para comprobar la sospecha existente de abuso sexual.

Este examen se realiza en compañía de otro profesional, que es el jefe de turno u otro pediatra, esto como una medida de cautela para la seguridad del niño y a su vez como un respaldo profesional, que confirme que el procedimiento se llevo a cabo de manera adecuada.

Tabla N° 33
"Indagaciones médicas para confirmar la existencia de Abuso Sexual"

Indagaciones médicas realizadas para confirmar la existencia de abuso sexual.	Sí	No
Indagaciones físicas	100%	0%
Exámenes imagenológicos	66.7%	33.3%
Examen psicológico	66.7%	33.3%

Fuente: "Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada".

Las indagaciones médicas más comunes que se realizan para confirmar la existencia de abuso sexual son las indagaciones físicas en estas se debe observar y anotar si la ropa del niño se encuentra rota o manchada, en un 66.7% se realizan los exámenes imagenológicos y psicológicos. Estas indagaciones médicas se acompañan y complementan con la realización de una entrevista a los padres o cuidadores del menor, los datos que de aquí se obtienen, se asocian con los antecedentes médico quirúrgicos y ginecológicos, estos últimos contemplan tener en cuenta el inicio de menarquia en la niña, método contraceptivo, precedente de relaciones sexuales, signos clínicos particulares.

Posterior a la relación del examen completo que incluye examen ginecológico e imagenológicos, se describen las lesiones generales y las lesiones presentes en los órganos genitales externos. Esta descripción consiste en una inspección del aspecto del periné (equimosis, laceraciones, sangre o semen), del ano, del pene (irritación), de la vulva (erosiones, edemas), presencia o ausencia de himen y búsqueda de semen.

Por último se evalúa el estado psicológico actual del niño, que busca determinar los orígenes de los síntomas más comunes presentes en los niños que han sido víctimas de abuso, como las expresiones de agitación, vergüenza y rabia.

En base a los datos obtenidos de la presente investigación, se establece al grupo de adolescente, como el más afectado por experiencias de abuso sexual, los niños víctimas de

abusos sexuales presentan diversas consecuencias en su comportamiento. Con respecto a esta etapa de desarrollo en específico, las experiencias de abuso se han relacionado directamente con la conducta sexualizada e incluso con el inicio de actividades sexuales, la tendencia al exhibicionismo, y un significativo descenso de los sentimientos de autovaloración o autoestima, los que se traducen especialmente en depresiones, por otro lado, se encuentran la presencia de conductas agresivas y desordenes del comportamiento, ambas consecuencias tanto internas como externas en el menor conviven y son una manifestación de la conducta ambivalente del adolescente producto de la experiencia abusiva. En esta etapa de desarrollo es especialmente donde se logran reflexionar y cuestionar las experiencias vividas en la infancia, lo que hace que muchas veces, estos abusos sean develados por la víctima y conocidos durante este período, a pesar de que las situaciones abusivas fueron durante años y mantenidas en silencio.

5.2.4 Negligencia

El concepto de maltrato pasivo está explícito en la definición de maltrato infantil, ya que por omisión, negligencia y claramente en los casos de abandono, se priva al niño/a de sus derechos y bienestar, y se interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social (Casado et al, 1997).

En los casos de negligencia, el problema se centra, en por qué se produce tal inadecuación y fracaso en asumir las responsabilidades propias del rol parental, la inadecuada realización u omisión de estos roles parentales, podría deberse a diversas razones tales como: inestabilidad emocional de los padres, escasa prosociabilidad, ausencia de habilidades de cuidado de los niños y el desconocimiento de sus necesidades.

A diferencia del maltrato físico, el comportamiento del niño no es considerado como posible potenciador de la reacción del padre. Esto se debe a que en los casos de negligencia los padres sufren de una falta de motivación que se traduce en el rechazo para satisfacer las necesidades del niño y su familia, este fenómeno se conoce como "síndrome de apatía".

La negligencia, en relación con el cuidado de un menor, está en función de múltiples variables como la edad del niño, su competencia y autonomía, el tiempo de desatención y dos requisitos básicos: Que la situación del niño/a hiciese evidente la necesidad del adulto para su protección y cuidado, y que las condiciones físicas y económicas del padre responsable fueran suficientes para proporcionar el cuidado la protección y la supervisión necesaria.

Con relación a lo anteriormente planteado, la negligencia será definida como aquella situación en la que las necesidades físicas del niño/a no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que vive con el niño/a, y que pueden provocar o provocan daños físicos, cognitivos, emocionales o sociales. Dentro de este tipo de abandono se pueden distinguir, abandono en los cuidados de la salud física y mental del niño/a, abandono en las funciones de supervisión, abandono en la higiene en el hogar, en la higiene personal, y falta en la administración de comidas regulares.

Tabla N° 34
“Características asociadas a la Negligencia”

Presencia de enfermedades ocasionadas por negligencia	Si	No
Desnutrición	100%	0%
Enfermedades epidemiológicas no tratadas	66.7%	33.3%
Indicadores físicos		
Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e inapropiadamente vestido	33.3%	66.7%
Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas ausencia de cuidados médicos rutinarios necesarios.	100%	0%
Indicadores en el comportamiento		
Rechazo a los padres o cuidadores	100%	0%
Cansancio o apatía permanentes.	66.7%	33.3%
Dice que no hay nadie que lo cuide	66.7%	33.3%
Características de los padres o cuidadores		
Padres o cuidadores que no muestran interés por el niño/ a	100%	0%
Padres o cuidadores que no visitan al niño/ a mientras se encuentran hospitalizados	66.7%	33.3%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Basado en los resultados obtenidos de la entrevista realizada a los médicos se plantea, que las enfermedades más comunes presentes en los niños que sufren de negligencia o abandono, corresponden en primer lugar a desnutrición, que se entiende como el descuido y/o carencia en la alimentación. Esta tiene lugar cuando los padres o responsables del niño/a no le suministran comidas regulares con los requisitos nutritivos básicos, no le dan de comer durante días, le dan alimentos en mal estado, o cosas no comestibles o no les proporcionan la dieta adecuada para recuperarse cuando se trata de un niño/a con problemas de salud física. Ocasionando bajo peso para la talla, lo que produce vitaminopatías y raquitismo, así como también fracasos en el crecimiento. Esta afección produce como consecuencia una disminución de las defensas del organismo del niño/a, lo que se traduce en una alta probabilidad de contraer enfermedades epidemiológicas o infecciosas, en relación a este tipo de enfermedades, se plantea que corresponden a una de las atenciones más comunes dentro del hospital, que hacen sospechar la existencia de negligencia.

Dentro de las enfermedades epidemiológicas, más comunes, se encuentran la neumonitis, enfermedades respiratorias graves, intoxicaciones, y enfermedades gastrointestinales, entre otras.

Al momento de ser diagnosticadas este tipo de enfermedades, el médico tratante debe considerar algunos aspectos, que le permitan distinguir entre una enfermedad ocasionada por actos de negligencia o una que no lo es.

Algunos de los criterios que se consideran para diferenciar el origen de estas enfermedades consisten en indagar sobre los aspectos y eventos previos a la consulta (Anamnesis). Como por ejemplo la presencia de hospitalizaciones reiteradas por este mismo hecho, lo que daría cuenta de la cronicidad de éste, la ausencia o discontinuidad en el tratamiento prescrito (omisión), y el tiempo que transcurre entre el origen de la enfermedad y el momento de la consulta.

La evaluación de estos aspectos permite al médico levantar una sospecha de negligencia o abandono en los cuidados, esta sospecha se complementa con la observación de ciertos indicadores presentes en el niño. Entre los indicadores físicos que más se presentan en este tipo de maltrato, corresponden a necesidades médicas no atendidas en el niño y/o falta de cuidados, y la presencia de escasa higiene y abandono del cuidado personal.

Como se planteó anteriormente la presencia de enfermedades no atendidas, es uno de los indicadores más comunes y relevantes a la hora de evaluar una situación de negligencia. Ya que esto hace notar el abandono en los cuidados de la salud física del niño/a, esto por una negación o retraso en la obtención de la atención médica y tratamiento de la enfermedad. En cuanto al abandono de la higiene personal que presentan los niños/as, se señala que esta consiste en una constante falta de atención a la higiene personal, lo que se ve reflejado en un desaseo general de los niños/as. Los que se caracterizan por tener pelo sucio, enmarañado, con pediculosis, la piel y los dientes sucios, la ropa sucia y/o rota, estos descuidos en su totalidad corresponden a causas imputables a los padres.

Los comportamientos más comunes que presentaron estos los niños/as, corresponden en su mayoría, a estados de cansancio o apatía permanente y por otra parte la inexistencia de un padre o adulto que los cuide adecuadamente.

El cansancio o apatía se deben no tanto al daño causado por el maltrato en sí mismo, sino a la exposición de modelos de cuidado no sensibles a ellos ni a los demás miembros de la familia, en un ambiente familiar empobrecido y con escasa estimulación afectiva. Lo que provoca como consecuencia dificultades de estos niños en el desarrollo de la cognición.

social, caracterizándose por presentar una baja empatía, problemas en el reconocimiento de las emociones, y una disminución del autoconcepto.

El rechazo hacia los padres obedece a la percepción que tiene el niño con respecto al adulto responsable de su cuidado, el cual no está respondiendo de forma adecuada frente a sus requerimientos y necesidades. El niño/a es capaz de percibir las carencias físicas y afectivas a las que está siendo expuesto, por tanto, es una actitud que puede presentarse en algunos niños, si bien no en todos, en los que sí se presentan estas reacciones, se generan en su mayoría en situaciones de negligencia grave.

Cabe señalar que los casos de negligencia física se acompañan a su vez por un abandono emocional, es decir, la negligencia es siempre una manifestación de una escasa relación de apego desde los progenitores hacia los niños/as, donde la proximidad entre estos se ve amenazada generando la pérdida de lazos afectivos. Los que se traducen en una carencia de cuidados parentales.

En algunas situaciones son los propios niños/as quienes manifiestan al equipo médico que los atiende, que sus padres no los cuidan y que los dejan mucho tiempo solos, estos antecedentes otorgan al médico información de "primera fuente" de que el niño/a puede estar siendo expuesto a algún tipo de negligencia.

Las características más comunes que presentan los padres o cuidadores que cometen negligencia corresponden a una actitud de desinterés hacia el niño/ y una actitud plana afectivamente, cuando se les comunica el estado de salud de éste, además se aprecia una falta de preocupación por el estado de salud del niño/a mientras se encuentra hospitalizado. Los médicos y el equipo en general que se dedican a la atención del niño/a pueden notar claramente cuando se encuentran frente a padres negligentes o descuidados, esto es posible evidenciarlo cuando los padres no cumplen con las solicitudes médicas, y no le otorgan al niño/a los elementos necesarios que requieren durante su permanencia en el hospital (papel higiénico, toallas desechables alimentación etc.).

"El problema de la definición del abandono físico, no es tanto de tipo conceptual como de su traducción a nivel operacional" (Cantón, et al, 2004). Aunque las definiciones conceptuales existentes presentan algunas deficiencias, los autores al menos coinciden en que mientras los actos de maltrato físico se refieren concretamente a la utilización de fuerza física excesiva e inapropiada, los actos de negligencia suelen referirse al fracaso de los padres/cuidadores en la realización adecuada de sus deberes como tales.

Para analizar y comprender el maltrato infantil es necesario considerar ciertos elementos relevantes que resultan indispensables al momento de comprender y valorar situaciones de maltrato infantil. Entre estos elementos se destacan: la intencionalidad del acto, esta se asocia al nivel de voluntad y propósito presente por parte del adulto, de dañar a un niño/a, la intensidad por su parte, marcaría la diferencia entre un castigo perjudicial y uno inofensivo, esta intensidad permitiría también, establecer la diferencia entre un maltrato infantil de carácter leve, mediano o severo, la frecuencia del acto, se refiere a cuan reiteradas y continuas son las acciones agresivas, lo que permitiría establecer la existencia o ausencia de conductas maltratadora y el nivel de gravedad de esta, en base a la reiteración y continuidad del acto.

Estos aspectos, permiten evaluar las experiencias de maltrato desde criterios validos y observables, que ayuden a su vez a diferenciar actos voluntarios de violencia, de otros menos concientes y esporádicos en su manifestación.

Estos elementos mencionados anteriormente, corresponden a consideraciones que se realizan para comprender los actos de maltrato infantil, desde el enfoque de la conducta del adulto, es decir, se evalúa el grado de intensidad, intencionalidad y frecuencia de la conducta agresiva. Maria Ignacia Arruabarrena (1998), plantea, que los criterios para diferenciar una situación de maltrato, deben basarse en las consecuencias que éste provoca en el niño/a, más que en la presencia o ausencia de determinadas conductas parentales.

Estos criterios deben considerar, la perspectiva evolutiva del niño/a, la presencia de factores de riesgo en el niño/a, y la existencia de un daño real o potencial, con respecto a esto último se plantea, que muchos maltratos no dejan consecuencias evidentes a corto plazo, estas evidencias son a largo plazo generalmente, lo que hace más difícil su detección.

5.3 Variable: Factores Predisponentes del Maltrato Infantil

Los antecedentes expuestos a continuación, fueron recogidos a partir de la aplicación de entrevista semiestructurada, aplicada a las familias estudiadas por medio de la visita domiciliaria.

Tanto desde el punto de vista de la población en general como de los profesionales, es difícil en muchas ocasiones, comprender por qué se producen estos tipos de comportamientos agresivos y situaciones familiares violentas. El maltrato infantil en cualquiera de sus tipologías choca con el concepto de buen trato inherente a la relación con

los niños, el cual implica poseer una concepción de niños/as como sujetos desde el enfoque de derecho.

El maltrato infantil es un fenómeno social multicausal, que posee diversas manifestaciones en cuanto a su origen y consecuencias, por lo cual requiere de un análisis integral, donde se deben considerar simultáneamente los múltiples factores causales de este fenómeno, esto involucra abordar el estudio del maltrato infantil desde una perspectiva sistémica y ecológica, donde el individuo se encuentra inmerso en una serie de sistemas cada vez mas amplios; la familia, la comunidad y la cultura. Estas concepciones ecosistémicas permiten comprender el maltrato infantil como un síntoma de disfunción en un complejo ecosistema con muchas variables interactuantes, y, además, estas concepciones, son las que más se acomodan a la descripción y comprensión del fenómeno en estudio. Todas estas influencias interactúan entre sí y dan lugar a determinadas transacciones familiares, que en último término pueden resultar en maltrato infantil.

Desde esta perspectiva ecosistémica los factores de riesgo se entenderán como aquellas características o situaciones presentes en los niños, padres, familias y su entorno, las cuales inciden en las probabilidades de sufrir maltrato infantil. Estos factores pueden ser de características duraderas o transitorias, los primeros son aquellos atributos o condiciones de larga duración que contribuyen a los malos tratos y pueden ser biológicos, tales como anomalías físicas o de la conducta, que hace que la crianza resulte difícil y poco gratificante a los padres. Condiciones históricas, como por ejemplo un padre con historia de malos tratos. Y psicológicas como las psicopatologías de los padres y del niño, están a su vez los aspectos ecológicos, tales como altos niveles de estrés, sistemas sociales inadecuados o vecindario caótico y unos valores sociales que promueven los malos tratos.

Dentro de los factores transitorios se encuentran las condiciones o factores de estrés a los que tienen que hacer frente las familias en un momento determinado, y que pueden predisponer a los padres a maltratar a sus hijos. Como por ejemplo una lesión o enfermedad física, dificultades legales, problemas familiares o matrimoniales, problemas con la disciplina de los hijos y la entrada del niño en un periodo evolutivo más difícil.

5.3.1 Factores de riesgo asociados al Maltrato Infantil

Tabla N° 35
 “Factores de riesgo asociados al Maltrato Infantil”

Factores de riesgo	SI	NO
Niños / as con conducta difícil	89.3%	10.7%
Percepción negativa del niño/a	85.7%	14.3%
Expectativas inadecuadas con respecto al niño/a	71.4%	28.6%
Embarazo no deseado	75.0%	25.0%
Mal embarazo físico y emocional	61.0%	39.3%
Historia personal de maltrato o abandono	71.4%	28.6%
Crisis normativas y no normativas (muerte, cesantía, crisis económica, etc)	82.1%	17.9%
Antecedentes de depresión de los padres o cuidadores	64.3%	35.7%
Presencia de problemas familiares	67.9%	32.1%
Comportamiento inadecuado frente a un disgusto	53.6%	46.4%
Cambio frecuentes de cuidadores	46.4%	53.6%
Escasas instancias para compartir con los niños	25.0%	75.0%
Escasa valorización a la educación	14.3%	85.7%
Escasa vinculación de los padres al sistema educacional	28.6%	71.4%
Escasa tendencia a la prosocialidad y a la cooperación	60.0%	40.0%
Niño no escolarizado	25.0%	75.0%

Fuente: Análisis cuantitativo de la aplicación de entrevista semiestructurada

Conforme a lo anteriormente expuesto, se señala que las familias estudiadas se caracterizan por presentar determinados factores de riesgo, los que inciden en la aparición de las conductas maltratadoras.

Con respecto a esto se puede señalar, que en un 89.3% de las familias investigadas, los niños se caracterizan por presentar una conducta difícil, y gran parte de estos niños/as sufre de trastorno de la personalidad y de hiperactividad, comportamientos, que desde el punto de vista de los padres, resulta altamente estresante. De acuerdo al resultado que se extrae de la presente investigación, los trastornos conductuales corresponden a las causas de atención más recurrente en niños víctimas de maltrato.

Conforme a lo planteado desde el modelo “centrado en el niño”, se sugiere que la propia conducta del niño/a puede provocar o mantener el maltrato infantil. De hecho existen algunos indicios que señalan que los niños maltratados físicamente presentan más conductas disruptivas, esto ante la evidencia de que los padres abusivos informan que sus hijos tienen más conductas problemáticas de lo que el resto (Herrenkohl, 1994 en Cantón, et al,

2004). Estos niños/as a su vez tenderían a ser más agresivos y confrontacionales con los adultos:

"... Acá sucede algo bien fome, mi nieta me a sacado hasta la madre, esto me dejó mal durante hartos días.."

Cabe cuestionarse el supuesto, de que la conducta del niño/ a sería la responsable del maltrato, al contrario las conductas de los propios padres serían las responsables del maltrato infantil, ya que éstos perciben las conductas del niño/a de manera distorsionada, catalogándolas como amenazantes o no aceptables, lo que provoca en los padres o cuidadores un sentimiento de frustración y de incapacidad para enfrentar y cambiar éstas, este tipo de conducta parental dificulta la relación padre hijo y conlleva en muchas ocasiones a malas prácticas de crianza, puesto que en el caso de las familias estudiadas los padres dicen verse superados frente a lo que ellos definen como mal comportamiento de sus hijos, presentando en un 85,7% de los casos, una percepción negativa del niño/a:

"... Cuando mi hijo se pone atrevido yo no hallo que hacer y lo grito harto, me desespera..."

En relación con las expectativas que presentan los padres de las familias investigadas con relación a sus hijos/ as, estas se pueden catalogar como expectativas inadecuadas. Un 71.4% de los padres, perciben las conductas concretas de sus hijos/ as como dirigidas intencionalmente para molestarlos, atribuyéndoles intencionalidad a las actitudes que adoptaban los niños, mientras que las conductas positivas son inestables y esporádicas, dándose estas solo rara vez y cuando se presentan son sólo para conseguir algo, " los padres maltratantes perciben a sus hijos como más agresivos e hiperactivos" (Arruabarrena et al, 1998):

"... Este niño siempre me anda buscando para que lo rete, es tan inquieto y desobediente..."

Unas expectativas inadecuadas y elevadas para la edad del niño/a, u otro tipo de distorsiones cognitivas, y la propia falta de habilidades, harían que en determinadas familias los niños presenten mas problemas de conducta y sean mas frecuentes las situaciones estresantes (Martínez et al, 1993).

Los datos relativos a este tipo de distorsiones perceptivas han servido para la formulación de los modelos cognitivo conductual del maltrato físico, según este modelo el maltrato se produciría tras una frecuencia de cuatro fases; expectativas inadecuadas con respecto a la frecuencia e interacción del niño/ a, incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas del adulto, interpretaciones extrañas a la conducta del niño basadas en la intencionalidad, y finalmente una respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño.

De acuerdo las características presentes en las familias investigadas, se puede plantear que estas secuencias de reacción son normales en estos grupos familiares, los que generalmente atribuyen a niveles de estrés y a situaciones socioeconómicas y laborales adversas, las conductas maltratadoras, es difícil establecer, por tanto, que aspectos influirían directamente en el surgimiento de episodios de violencia.

Otro factor de riesgo presente en los padres o cuidadores, es aquel que se relaciona con la existencia de alteraciones psicológicas, en el caso del presente estudio el 64.3% de los padres, manifestaron presentar antecedentes asociados a cuadros depresivos, los que se traducen en niveles más altos de malestar físicos y emocional, “esta enfermedad pareciera estar íntimamente relacionada con el sentido de la capacidad que tienen los padres para afrontar el estrés, la cual se ve fuertemente disminuida cuando éstos se encuentran en un estado depresivo” (Cantón, et al. 2004):

“... Mi ánimo ha estado harto malo, me la paso en el psicólogo, llena de remedios, pero con eso me siento un poco mejor...”

En términos generales parece aceptado que el malestar psicológico correlaciona con la frecuencia de maltrato físico, los maltratadores tienen una mayor tendencia a la impulsividad, a la expresión de la cólera y a la excitabilidad, así como una mayor desorganización, lenguaje incoherente y conductas extrañas. También se ha encontrado en los maltratadores físicos una mayor frecuencia de casos con personalidad antisocial y personalidad lábil (Arruabarrena, et al, 1998).

Los cuadros depresivos, presentes en los padres o cuidadores acrecientan las posibilidades de adoptar conductas violentas de crianza hacia sus hijos/as, porque tienen bajos niveles de tolerancia a las conductas aversivas de los niños, y además este tipo de enfermedad lleva a las personas a tener constantes cambios de ánimo y baja autoestima, lo que dificulta poder reducir situaciones de crisis a nivel individual y familiar.

En el caso del abuso sexual, el perfil psicológico que presenta el agresor se caracteriza por no manifestar una distorsión evolutiva de su sexualidad, su orientación sexual es heterosexua y dirigida hacia los adultos, pero en ciertas circunstancias: estrés relacional, marital, financiero, etc, “regresan” a estadios evolutivos previos, y se involucran sexualmente con niños/as (especialmente si están relacionados familiarmente con ellos). En otras palabras el abusador se relaciona con su víctima para satisfacer necesidades tales como: aceptación, control y poder.

El abuso es, entonces, un abuso de poder que adopta una forma sexual, en este tipo de abuso el perpetrador no se identifica con el niño/a al que abusa; lo adultifica, para poder relacionarse sexualmente con él (Sanz, et al, 1999). De acuerdo a la investigación realizada

es posible señalar que las características que presentan los agresores coinciden con los antecedentes que aporta la teoría al respecto.

Gran parte de los padres (71.4%), manifestaron haber experimentado episodios de maltrato o abandono durante su infancia, la transmisión intergeneracional del maltrato infantil, es un modelo explicativo, que postula que al haber sido víctima de maltrato durante un tiempo prolongado, esta condición guardaría relación con la posibilidad de que el individuo llegue a convertirse en padre abusivo, planteando por tanto, que los individuos que fueron objeto de abusos cuando niños es más probable que lleguen a convertirse en padres abusivos (Caliso, 1994 en Martínez et al, 1993)

"...Cuando mi papá llegaba borracho, eran agresiones, gritos... estaba en el medio de los dos, yo los separé una vez y casi me llega a mi, mi mamá estaba embarazada de mi hermano menor..."

El aprendizaje social sugiere que ser víctima y/o observar un comportamiento abusivo durante la infancia aumenta la probabilidad de convertirse en un padre abusivo, debido a que la conducta agresiva se aprende en la infancia y posteriormente se expresa durante el ejercicio de la paternidad.

Es importante señalar que el ciclo del maltrato se puede ver interrumpido si es que en la infancia, estos padres hubieran recibido cariño y apoyo por parte de un adulto importante para ellos, y que en la actualidad mantuviesen relaciones de apoyo emocional con sus parejas.

En el caso de las familias investigadas, la mayoría de los padres experimentaban, además, constantes problemas de pareja, lo que amplía aún más la transmisión intergeneracional del maltrato, generando, por tanto, en los padres una escasa capacidad empática hacia sus propios hijos, una constante intolerancia al estrés familiar, donde las historias de maltrato y rechazo emocional durante su infancia, juegan un importante papel en su desempeño parental.

La historia de maltrato infantil provocaría una ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de conductas de los niños y la utilización del castigo físico como exponente de la única estrategia aprendida (Wolfe, 1985, en Cantón, et al, 2004). En el caso de abuso sexual, se plantea que el peso que tiene la historia de abusos en la infancia, tanto del perpetrador como de la madre es ampliamente aceptado, ya que al no asimilar estas experiencias como negativas las transmiten a sus víctimas como situaciones normales.

Es de destacar, como un factor de riesgo del maltrato presente en la familia, la presencia de embarazos no deseados. De las madres pertenecientes a las familias estudiadas, el 75 % de ellas señalan haber tenido embarazos que no fueron previamente planificados, este factor contribuye a que pueda producirse un estallido de violencia o desatención severa contra el recién nacido, ya que los lazos afectivos que establece la madre en relación a su hijo son débiles, evidenciando un desapego maternal que incide en conductas poco afectivas hacia el niño, generando actitudes de interacción irresponsable e insensible a las conductas de apego innatas de sus hijos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (75%), argumentaron no desear haber quedado embarazada, sobre todo de su primer hijo. Situación que se presentó cuando ellas se encontraban aún en la adolescencia, y producto de relaciones ocasionales e inestables, en las cuales el padre muchas veces no se hizo responsable económica ni afectivamente del niño/a que estaba por nacer, esta condición provocó en muchas mujeres un temor y rechazo al embarazo, por las críticas familiares, sociales y falta de apoyo.

Para las mujeres de sectores pobres de la población, el primer embarazo es mayoritariamente un hecho inesperado, resultado de la falta de información relativa a las consecuencias de las relaciones sexuales o de la forma de evitar un embarazo. Muy pocas mujeres han programado y buscado su primer hijo. Y estos niños/as desde antes de su nacimiento sufren una situación desmedrada, en la medida que muchos de ellos son hijos no deseados, no hay control del embarazo, o éste es tardito, nacen en forma prematura o de bajo peso.

Esta situación se ve agravada cuando son hijos de madres adolescentes. A ello se agrega que, generalmente desde su nacimiento, cuentan sólo con la madre, la que también se ve expuesta a la sanción social que conlleva el embarazo prematuro, la sobrecarga y sentimientos ambivalentes en relación al hijo (Reyes, et al, 1997):

“... Ninguno de mis hijos fueron planificados, todos salieron de chiripa, yo no quería tener hijos todavía...estaba muy niña...”

Es importante considerar que los niños rechazados por sus padres desarrollan profundos sentimientos de dolor, rabia e impotencia mientras que los niños con un adecuado desarrollo de la autoimagen, se convierten en personas seguras de sí mismas, confiadas y optimistas.

Un 61% de las madres entrevistadas, manifestó haber tenido un mal embarazo, tanto desde la perspectiva física como psicológica, lo que incide en posteriores repercusiones en el recién nacido. Un mal embarazo muchas veces es resultado de un embarazo no deseado, el cual genera consciente o inconscientemente actitudes de molestia y rechazo hacia el

futuro hijo/ a, culpando a este de la situación actual por la que atraviesa la madre. Estos pensamientos van alterando el estado anímico de la mujer embarazada y provocando a la vez problemas en el embarazo, lo que induce las posibilidades de experimentar un embarazo prematuro, un recién nacido de bajo peso, o que presente anomalías congénitas.

"... Con el primero fue complicado porque estaba con problemas, estaba depresiva, el padre del niño era muy carretero..."

En cuanto a la presencia de problemas al interior de la familia, definidos estos como; "conflictos que surgen al interior de la familia, y generan dificultades en la interacción familiar" (Eroles, 1998). El 67.9% de los casos estudiados manifestó experimentar algún tipo de problema familiar, entre éstos podemos destacar: problemas de conflicto de pareja, conflictos de tipo económico, falta de espacio, malas relaciones entre padres e hijos y problemas de comunicación.

La presencia de estos conflictos, facilita el surgimiento de un ambiente interno de constante tensión, dificultando las relaciones entre sus miembros, el cuidado, atención y tolerancia de los padres a sus hijos/as, lo que desencadena finalmente en episodios de violencia, que resultan de la consecuencia de conflictos intrafamiliares no resueltos adecuadamente:

"... Yo y marido siempre peleamos ya no nos llevamos bien, ni siquiera dormimos juntos..."

El 82.1% de las familias, se encuentran experimentando algún tipo de crisis familiar, que alude a situaciones pasajeras o esporádicas, tales como cesantías, separaciones conyugales, crisis económicas, muerte, entre otras, provocando como consecuencia un desajuste en el equilibrio emocional y material de sus integrantes, donde los bajos niveles de compensación interna, reducen la energía y motivación del sistema familiar.

"... He tenido muchos problemas tengo un hijo que está preso, todo lo que hago me sale mal..."

El 60% de los casos entrevistados poseen un escaso sentido de la prosociabilidad y cooperación, esto se aprecia en el escaso contacto que manifiestan con la red de apoyo social. Esta baja sociabilidad puede encontrar su explicación en la conducta que adoptan los miembros de estas familias, quienes por lo general se muestran indiferentes al contacto con redes sociales, especialmente las de carácter formal, prefiriendo resolver los problemas por su propia cuenta:

"...A nosotros nos gusta ver nuestros problemas entre los de la casa no mas, por que el gobierno no le resuelve nada a los pobres..."

Con respecto a las características del territorio que habitan estas familias, este se caracteriza por la inexistencia de espacios físicos que promuevan la recreación de la comunidad y la buena utilización del tiempo libre, favoreciendo por el contrario, el surgimiento de grupos de esquinas, que tienden a realizar acciones antisociales tales como el microtráfico y la delincuencia, esto fomenta que los niños/as que viven en este entorno adquieran conductas inapropiadas para su edad:

"...A mí lo que me asusta, es que estos cabros están mucho en la calle y tienen malas juntas, no quiero que mi nieto sufra lo mismo que mi hijo que está preso por culpa de los malos amigos ..."

Estos factores mencionados anteriormente, se acrecientan, si los niños no se encuentran escolarizados, ya que cuando un niño no asiste al sistema educacional y pasa mayor tiempo en la casa, estará más vulnerable a ser maltratado, puesto que los padres o cuidadores tienden a estresarse con la presencia de sus hijos/as durante todo el día. Si a esta condición se agrega el hecho de habitar comunidades en contextos de pobreza y riesgo social, se acrecientan las posibilidades existentes, de frecuentar grupos de amigos que inducen a la participación en actividades antisociales.

En conformidad a la muestra de estudio sólo un 25% de los niños/as no se encuentran escolarizados, esto se debe principalmente a un criterio de edad. El porcentaje restante asiste regularmente a un establecimiento educacional, esto motivado por el nivel de valoración que experimentan los padres por la educación de los niños/as. El 85.7% de las familias manifestó percibir la educación como significativa en la vida de sus hijos.

Estos padres a su vez manifiestan participar en las actividades escolares de sus hijos, las que les sirven para recrearse y compartir el tiempo libre, ya que sus condiciones económicas les permiten acceder a escasas instancias recreativas.

Al momento de consultar a las familias sobre las instancias en las que comparten con sus hijos, el 75% de estas, afirmó poseer instancias para compartir con los niños/as, además de dedicarse directamente al cuidado de estos, y sólo en situaciones excepcionales dejarlos a cargo de algún familiar o vecino. Con respecto a esto, es posible señalar que si bien los miembros de la familia permanecen gran parte del día bajo el mismo techo, esto no es reflejo de una buena convivencia familiar, que garantice una adecuada comunicación entre sus miembros.

A modo de conclusión se plantea, que los factores de riesgo del maltrato infantil, tienen relación con las características o circunstancias asociadas a la aparición, permanencia e intensidad de este problema social, pero no son necesariamente la causa del problema, más bien están asociados a la posibilidad de que dicho fenómeno aparezca o se mantenga en el tiempo. Entonces es posible determinar que a mayor cantidad de factores de riesgo mayor

será la posibilidad de que se desencadene un acto de maltrato. Cabe mencionar, "que para que se produzca maltrato infantil deben existir tres precondiciones, un niño que sea percibido como inapropiado, una persona con potencial para maltratar y una situación de tensión que precipite la conducta agresiva" (Martínez et al, 1993).

Conforme con los datos obtenidos de la presente investigación, se puede señalar que las familias entrevistadas poseen una alta presencia de factores de riesgo. Los que predisponen la aparición de episodios de maltrato, quedando con esto, cada uno de sus integrantes en una situación de vulnerabilidad social, que repercute en el desarrollo biopsicosocial de cada uno de los miembros de la familia, alterando consecuentemente, la relación de estos con su propio entorno social.

6. Síntesis Diagnóstica

El proceso investigativo ha permitido dar cuenta de las principales características que configuran la problemática planteada en el presente estudio, y como ésta afecta el normal desarrollo y organización de las familias estudiadas.

Es importante señalar que al inicio de esta investigación, las alumnas plantearon un conjunto de supuestos que orientarían el curso de este estudio, los cuales durante el transcurso del proceso investigativo, la mayoría se vio reflejados en la realidad. Para ello fue necesario delimitar las variables más relevantes, con el objetivo de conocer las características familiares y sociales de los casos atendidos por maltrato infantil en el Hospital Carlos Van Buren. Sobre la base de estas variables, se construyó un instrumento de recolección de datos que permitió posteriormente desarrollar un análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Con respecto a la variable sociodemográfica, se puede señalar que ésta fue analizada desde dos perspectivas: la primera referida a los antecedentes del niño y la segunda referida a los antecedentes familiares. En cuanto a la primera perspectiva de análisis se puede señalar, que la madre es quien generalmente ejerce el maltrato físico sobre estos niños/. Esto podría deberse a que es ésta, quien tiene a cargo la responsabilidad de cuidar a los hijos y de tomar las decisiones en el grupo familiar. Sobre todo en aquello que se relaciona con las medidas disciplinarias, así como también es ella quien permanece mayor tiempo en el hogar, debido a que gran parte de estas mujeres no desempeñan una actividad laboral formal y estable. Se agrega a esto, el hecho de que el castigo físico ha sido considerado cultural e históricamente como una forma de corregir a los hijos/ as, que se mantiene hasta la actualidad. Por su parte el abuso sexual es ejercido generalmente por un

familiar cercano o por un no familiar, quien generalmente es el padrastro de estos niños/ as, y en algunos casos también es ejercido por alguien externo al grupo familiar.

De acuerdo a la investigación realizada se puede señalar que el maltrato infantil es un fenómeno transversal según género ya que las diferencias existentes entre niños/ as que son víctimas de este tipo de abusos son mínimas, pudiendo afirmar con esto que el maltrato infantil es una conducta que agrede igualmente a niños y niñas.

Con relación al tipo de ingreso hospitalario del niño, este fue por lo general realizado a través de los servicios de urgencia, donde debido a la gravedad de estos pacientes, en las mayorías de las ocasiones ameritó una hospitalización y un posterior procedimiento judicial. Después del alta hospitalaria, se puede apreciar que gran cantidad de estos niños no continúan un tratamiento recuperatorio de sus condiciones psicológicas y sociales, que le permita superar esta experiencia traumática.

Según las edades de los niños sujetos de estudio, es posible determinar que estas bordean en promedio los nueve años, ubicándose dentro de la etapa de desarrollo niñez intermedia. Esta etapa se caracteriza por ser una etapa en la que los niños/ as se vuelven más autónomos y con mayor iniciativa, cualidades que podrían influir en comportamientos percibidos y considerados por los padres como problemáticos, difíciles e inadecuados, frente a los cuales reaccionan perdiendo el control de sus impulsos y consecuentemente agrediéndolos.

Con respecto a la escolaridad, estos en su mayoría se encuentran asistiendo a un establecimiento educacional, especialmente al los de tipo municipalizado, sólo cinco de estos casos no se encuentra insertos en el sistema educacional, debido a su corta edad.

Desde una segunda perspectiva de análisis, se puede destacar que la mayoría de las familias investigadas habitan en los Cerros de Valparaíso, y un número reducido de éstas habitan el Plan de esta la ciudad. Esto se puede explicar porque los programas de subsidio habitacional destinan estos territorios para la construcción de viviendas, mientras que en el centro de la ciudad se desarrollan actividades de carácter comercial y de servicios.

Estas familias se caracterizan por ser familias de tipo extensas, las cuales se encuentran constituidas mayoritariamente por padres o madres solteros y/ o separados, que regresan o permanecen en sus familias de origen, viéndose obligados a vivir en estos hogares primordialmente por dependencia económica y no por lazos afectivos o emocionales. Se puede señalar a su vez, que al momento de realizar la entrevista, es la

abuela materna o paterna quien se reconoce y se presenta como la jefa de hogar, y por consecuencia asume el cuidado de los niños.

Cabe destacar que de los integrantes que componen las familias investigadas, existen un importante número de ellos, que presentan algún tipo de enfermedad, entre las que se destacan cuadros depresivos y/o ansiosos, y trastornos de la personalidad. Es de relevancia señalar que la presencia de este tipo de enfermedades es considerada un factor de riesgo que inciden en las probabilidades de que los niños experimenten situaciones de maltrato.

De acuerdo al aspecto socioeconómico de las familias, se señala que estas en su mayoría se encuentran por debajo del sueldo mínimo, y quienes trabajan lo hacen en empleos que generalmente son trabajos por obra o independientes, este grupo además no se encuentra cotizando en las instituciones previsionales, debido a la inestabilidad laboral que mantienen, lo que explica que pertenezcan al sistema de salud Fonasa en sus categorías A y B.

Considerando las clasificaciones socioeconómicas en base al valor de las canastas básicas familiares, se puede señalar que estas familias se encuentran dentro de la categoría de familia en situación de pobreza. Esto se confirma, además, con las características habitacionales de sus viviendas, las que en su mayoría, corresponden a viviendas autoconstruidas de tipo casa y de material ligero, encontrándose, además, en precarias condiciones, dando cuenta de la realidad en que se encuentran estas familias.

De acuerdo a la dinámica interna que presentan estas familias, se puede señalar que se caracterizan por ser de tipo Caótica-desligada, esto se infiere a partir de la aproximación que se obtuvo al tener contacto con la realidad de las familias investigadas y además por los parámetros establecidos para categorizar a las familias según las tipologías del Modelo de Olson.

De acuerdo al modelo anteriormente señalado, las familias caóticas-desligadas se definen, como un grupo social que carece de una estructura estable y definida con escasos vínculos emocionales y bajo sentido de pertenencia. En cuanto a la cohesión familiar, existe una alta independencia de los integrantes del núcleo familiar, caracterizándose estos por ser muy individualistas y por poseer un escaso nivel de vinculación e intimidad entre ellos, esto se manifiesta en el desconocimiento que tienen de las opiniones y los sentimientos de cada uno de los que componen la familia.

De acuerdo a la adaptabilidad presente en las familias, es posible plantear que no poseen un liderazgo bien definido y su disciplina dentro del hogar se caracteriza por ser *laissez faire*, porque no establecen normas y reglas explícitas y consistentes, y además estas cambian constantemente, denotando con esto la falta de responsabilidad y compromiso que cada miembro establece con respecto a las tareas y normativas familiares. Los límites internos de estas familias se caracterizan por ser rígidos, impidiendo con esto el contacto con otros integrantes y subsistemas familiares, mientras que se favorecen las relaciones con miembros externos a la familia, contribuyendo con esto a una baja existencia de coaliciones dentro del núcleo familiar.

En lo que respecta a los estilos de comunicación que posee las familias estudiadas se puede señalar que estas se caracterizan por tener un escaso manejo y desarrollo de sus habilidades comunicacionales, especialmente la baja empatía que existe entre sus integrantes, lo que se manifiesta en los problemas que se presentan en sus relaciones interpersonales.

El conflicto más común que reconocen tener las familias investigadas, fue el conflicto de pareja, el cual se caracterizó por presencia de discusiones por diferencias de carácter, ruptura de la comunicación, infidelidades, conflicto por poderes o roles, drogodependencia entre otras, son estas circunstancias las que gatillan el surgimiento episodios de violencia ya sea física o verbal.

Sin embargo estas familias no reconocen la violencia conyugal como un tipo de maltrato, además se caracterizan por minimizar los hechos y atribuirles poco valor señalando que si ocurrieron fueron hechos pasados. Por otra parte algunas familias manifiestan que los conflictos conyugales llegaron a tal magnitud, que produjeron una ruptura matrimonial, trayendo como consecuencia una transición familiar que implicó que los niños permanecieran al cuidado personal de uno de los padres, quien por lo general es la madre, la que opta por allegarse a su familia de origen, principalmente por la crisis económica que se produce posterior a la separación de la pareja.

Los conflictos de pareja no sólo traen repercusiones a nivel conyugal, sino que además afectan a cada uno de los integrantes de este sistema, en especial a los niños/a, quienes son testigos de estos episodios, convirtiéndose en víctimas indirectas de esta violencia.

Antes de empezar a analizar los factores de riesgo, es importante considerar que el maltrato infantil debe ser entendido como un síntoma de disfunción familiar en la que actúan diversas variables que se interrelacionan, tomando en cuenta estos aspectos se abordarán los factores de riesgo desde una perspectiva ecosistémica.

En cuanto al nivel del microsistema, adquiere importancia el análisis de la interacción entre los distintos integrantes del sistema familiar. La interacción que manifiestan los padres juega un rol importante en el ambiente familiar, pues tiene directa relación con la forma en que se están desarrollando sus hijos, ya que estos imitan los modelos conductuales de los padres y serán los comportamientos que probablemente adoptaran cuando sean adultos.

Al encontrarse estas familias insertas en un ambiente de tensión y conflicto permanente, se provoca en sus integrantes una predisposición a padecer problemas en su estado anímico, tales como depresiones y trastornos de conducta en los niños. Si se considera además que gran parte de los adultos que componen estas familias presentan algún tipo de adicción a alcohol y/o drogas, esta adicción provoca conductas desinhibidoras, las cuales agravan los conflictos intrafamiliares, debido a la pérdida de control de impulsos que provocan estos estupefacientes, gatillando episodios de violencia física o sexual.

En relación con la interacción presente entre padres e hijos, se caracteriza por ser conflictiva, ya que los padres atribuyen a sus hijos una conducta difícil y una intencionalidad en sus actos, los que perciben siempre como provocativos y amenazantes. Las conductas conflictivas manifestadas por los niños/as son corregidas a partir de pautas de crianza inadecuadas, en la que la agresión ya sea física o verbal es vista como una estrategia eficaz para corregir el comportamiento del niño.

Otro de los factores de riesgo presente en las familias, es aquel que dice relación con la historia de maltrato vivenciada por los padres.

La mayoría de los padres entrevistados afirman haber experimentado episodios de maltrato durante la niñez. Estas vivencias predisponen a que en la relación con sus hijos, se maneje la conducta de éstos por medio del castigo físico, ya que es el único modo que conocen para educar, puesto que de esta misma forma fueron criados, replicando esta conducta hacia sus hijos.

Con respecto a la vinculación de las familias a las redes sociales de apoyo, se puede establecer que las familias se caracterizan por mantener un nivel de vinculación pasivo, tanto con las redes sociales formales e informales. Este escaso nivel de vinculación se debe a que estas familias resguardan su privacidad del ambiente externo, por el temor que descubran su intimidad y problemas familiares, además, estas familias poseen escaso desarrollo de habilidades sociales, en cambio manifiestan conductas apáticas, lo que provoca que se aíslen de su comunidad, generando un sentimiento de desconfianza tanto desde la familia hacia su entorno, como también de quienes los rodean.

Se puede decir, por tanto, que la presencia de una gran cantidad de factores de riesgo asociados a estas familias, incide directamente en la aparición del maltrato infantil, poniendo al niño en una posición de "riesgo social".

Desde la perspectiva de la atención médica podemos señalar, que existe una deficiencia en la atención integral y coordinada de los casos de maltrato infantil desde un enfoque médico y social. Esto se aprecia en el escaso trabajo multidisciplinario de los casos, impidiendo visualizar el tema desde los distintos enfoques de intervención, imposibilitando la retroalimentación entre los profesionales que abordan el tema.

Otra limitante que dificulta la atención de estos casos es el hecho de que no se cuenta con un formulario específico para el registro de casos de maltrato infantil y no existe un protocolo tipo para la atención de estos casos. Incluso no se cuenta con un código específico, que categorice el maltrato infantil como un diagnóstico médico, haciendo dificultosa la recolección de los datos estadísticos de los casos atendidos por esta causa.

Es importante destacar que las consecuencias que provoca el maltrato infantil en estos niños/as, son tan graves que alteran su normal desarrollo. Aunque los padres en su mayoría no reconozcan las experiencias de maltrato, atribuyendo a éste causas accidentales, descartando la intencionalidad del hecho. Cabe señalar, que desde la perspectiva del daño ocasionado al niño, esta conducta aun sigue siendo considerada un maltrato, aunque los padres no hayan ejercido éste de forma intencional, aún así sigue siendo considerado maltrato.

Podemos concluir que el maltrato infantil es un síntoma de una familia disfuncional, la cual producto de su inestabilidad y desorganización interna, no logra cumplir de manera adecuada sus funciones y roles parentales, lo que conlleva a conductas de negligencia parental y de violencia hacia los niños/as. Las características presentes en estas familias requieren de una intervención interdisciplinaria, debido a la multiplicidad de factores que interactúan y propician la aparición del maltrato infantil.

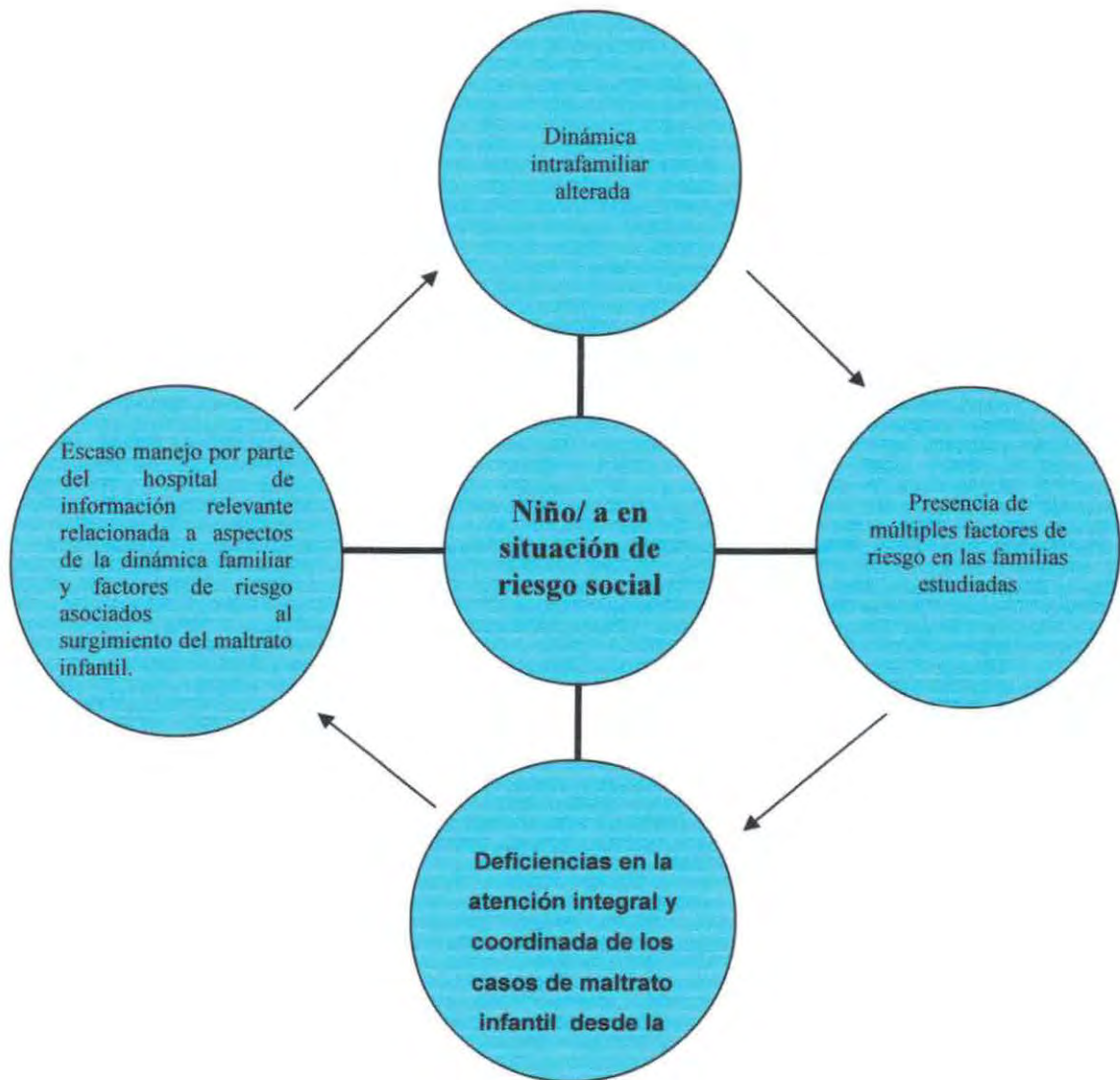
Capitulo IV

Conclusiones:

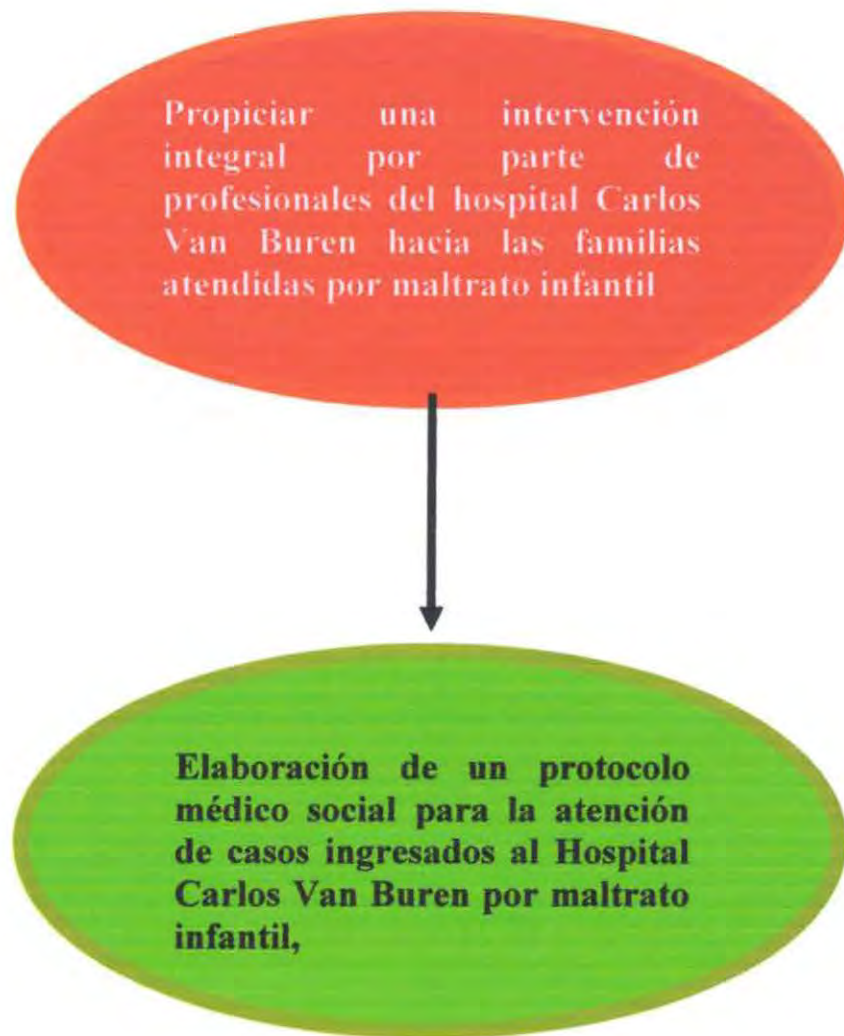
Reflexiones y sugerencias

IV. CONCLUSIONES: REFLEXIONES Y SUGERENCIAS

1. Esquema de la Problemática



2. Esquema de las Líneas de Acción



3. Reflexiones y Sugerencias

La familia es el sistema social básico donde las personas se desarrollan biopsicosocialmente, es considerada la unidad más próxima y cercana a los individuos, el núcleo donde se socializan y adquieren valores, creencias y normas. Además, se considera como el contexto social en que se desenvuelven los niños, el cual se configura por elementos materiales como por elementos actitudinales y psicosociales, que permiten dar los parámetros para determinar el nivel de calidad de vida.

En otras palabras, la familia es una complejidad organizada compuesta de subsistemas en mutua interacción, por lo tanto, se verá afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes del sistema y el sistema total, que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve

afectada. Y a la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia. (Preister, 1980).

Dentro de los procesos que se originan al interior de la familia, la dinámica familiar constituye un sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de este grupo primario tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.

En las relaciones interpersonales de los integrantes de una familia se pueden identificar ciertos factores de riesgo, los que son analizados desde una postura sistémica ecológica que busca involucrar los distintos aspectos que inciden en la aparición de maltrato infantil. Estos aspectos se relacionan ya sea a una persona, grupo o comunidad, asociada con la probabilidad de sufrir un daño. Las explicaciones científicas de la violencia han buscado especificar los factores asociados a la aparición, permanencia e intensidad del maltrato infantil, estos factores no son necesariamente la causa del problema, sino más bien son factores asociados al riesgo de aparición y mantención de éste. Por lo tanto, se entenderá que a mayor cantidad de factores de riesgo mayor probabilidad de desencadenamiento del maltrato.

Cuando se desencadenan episodios de maltrato infantil que causan lesiones físicas graves, la primera instancia a la cual acuden los padres es al hospital. Este recinto es donde se atiende, detecta y tratan las consecuencias que produce este hecho, para ello se llevan a cabo una serie de procedimientos médicos, los cuales están relacionados con aquellas medidas y determinaciones que adopta el equipo de salud al momento de atender y tratar pacientes ingresados por maltrato infantil.

Cuando estos casos son ingresados, la anamnesis clínica debe ayudar al diagnóstico de sospecha de maltrato infantil, sobre todo si los padres o cuidadores no se presentan como responsables de las lesiones. En general, se debe sospechar de malos tratos ante: la discordante explicación de la etiología de las lesiones y los hallazgos de la exploración, signos de abandono en los hijos, la presencia de un traumatismo en un menor de tres años, el largo intervalo entre la producción de la lesión y la fecha de la visita, y las fracturas inexplicadas en distintos estados de consolidación no tratadas.

Cuando el equipo médico ha logrado confirmar la sospecha de maltrato, debe continuar el procedimiento de denuncia a Carabineros o Fiscalía local, ya que a partir de esta se desencadena un proceso judicial que busca establecer las primeras medidas cautelares y de

protección que resguarden al niño de continuar siendo vulnerado. El niño maltratado es aquella víctima de violencia física, psicológica, negligencia y/o abuso sexual por parte de sus padres, otros adultos de la familia o cuidadores, acciones que pueden originar consecuencias graves en su salud y desarrollo físico y/o psicológico.

El Hospital Carlos Van Buren, continuamente atiende casos de maltrato infantil, los cuales habitualmente ingresan a través del servicio de urgencia, o por interconsulta desde los APS. En estas circunstancias el contacto entre familia y hospital suele ser tenso y con alta carga emocional, donde las circunstancias en las que se ven involucrados los padres o cuidadores motivan encubrir o disfrazar los hechos como un accidente. En esta situación específicamente, es de primordial importancia el rol que cumple el equipo médico, ya que es éste quien debe establecer la real causa que generó este hecho.

De acuerdo con uno de los supuestos planteados en el diseño de investigación, el cual plantea que "las personas cuya historia de vida se ha caracterizado por experimentar episodios de maltrato, tenderían a adoptar esta misma conducta en la crianza y educación de los hijos". Se puede inferir en base a los resultados obtenidos de la investigación, que las familias estudiadas presentan comportamientos violentos, como producto de una disfunción en el sistema familiar, la que afecta la relación de cada uno de sus miembros entre sí y a la vez con su entorno.

Otro de los supuestos planteados con anterioridad en la investigación, señala que "las familias con normas y reglas escasamente definidas, tenderían al surgimiento de experiencias de maltrato infantil". En conformidad con las familias estudiadas, se plantea que éstas desarrollan dinámicas alteradas y un sistema organizacional desarticulado, en el cual existe la presencia de negligencia por parte del sistema parental, el que se caracteriza por una baja aceptación del hijo, poca implicación en su conducta y un bajo nivel de coerción e imposición de normas. Este estilo ofrece una interacción carente de sistematización y de coherencia, ya que se caracteriza por la indiferencia, permisividad y pasividad. A su vez los padres tienden a ignorar la conducta de sus hijos, otorgando demasiada independencia y responsabilidad a estos, tanto en lo material como en lo afectivo, supervisan de manera inadecuada sus conductas, no ofreciendo mucho apoyo y/o ayuda, cuando estos sus hijos se encuentran atravesando circunstancias difíciles.

En relación con el supuesto de investigación que plantea que "las familias que presentan una muy alta o muy baja cohesión, podrían experimentar episodios de maltrato infantil", se puede señalar, que dicho supuesto se vio confirmado durante la investigación, puesto que las familias estudiadas se caracterizan por comunicarse escasamente entre los integrantes, en el plano afectivo son poco unidos, manifestando desinterés en cuanto a las emociones que expresan los niños/as, presentando, por tanto, escasa atención a las necesidades y a las conductas del hijo, esto conlleva a que las relaciones entre los

subsistemas familiares se tornen complejas. Con respecto al subsistema conyugal, durante la investigación se planteó el supuesto en el cual se señala que; "los padres que presentan conflictos en su relación de pareja, estarían más susceptibles a ejercer maltrato contra sus hijos".

De acuerdo a lo observado durante la investigación se puede concluir que de las familias estudiadas, la gran mayoría de las parejas presentan conflictos, constituyéndose estos en un factor de riesgo que impide el adecuado desarrollo de los niños, debido a que los padres que presentan constantes discusiones descuidan y no cumplen en forma satisfactoria sus roles y funciones parentales.

Respecto al supuesto en el que se plantea; "las familias que han experimentado episodios de maltrato tendrían dificultades para reconocer y visualizar este hecho como un problema", se puede afirmar, como resultado de la investigación realizada, que las familias se caracterizan por minimizar y justificar los actos de maltrato, restándole a éstos el valor, la importancia y gravedad que realmente implican, la mayoría reconoce el maltrato como experiencias que han ocurrido sólo algunas veces, de carácter esporádico y que fueron producidas generalmente por situaciones accidentales. Muchas veces frente al conflicto son los propios miembros de la familia quienes no reconocen la existencia de la violencia y esta condición hace mucho más dificultosa su intervención, especialmente en el sistema de salud, donde los agresores se sienten juzgados e intimidados frente a la posibilidad de verse involucrados en algún proceso judicial, dicha probabilidad genera en los maltratadores mayor agresividad y menor disposición a reconocer el hecho de violencia en el que están involucrados.

El supuesto de investigación que plantea; que "las familias con escasa vinculación a redes sociales de apoyo, podrían estar más predispuestas a experimentar episodios de maltrato infantil", fue confirmado durante la investigación, ya que los datos arrojados apuntan a que el nivel de vinculación que poseen las familias a redes sociales de apoyo tanto formales como informales, es de carácter pasivo, este aislamiento social y falta de apoyo es algo que las propias familias fomentan, no utilizando los recursos comunitarios disponibles, no implicándose en actividades de la comunidad y no discutiendo sus problemas con nadie, dichos comportamientos son motivados principalmente, debido a la actitud de retraimiento, apatía y desconfianza que caracteriza a estas familias con respecto al resto de la comunidad, aumentando aun más la incomunicación existente tanto al interior como al exterior de las familias. Cabe destacar que muchas de las familias investigadas reconocieron que los aportes y ayudas entregadas por la red social no satisfacen sus necesidades ni las expectativas que poseen de la solución de sus problemas.

Conforme a lo planteado resulta de vital relevancia realizar una intervención sistemática dirigida hacia los padres o cuidadores, ya que son estos los principales responsables de la ocurrencia de episodios de violencia y, además, porque son estos quienes carecen de un tratamiento integral, pues los niños siempre tendrán garantizado recibir atención y preocupación desde las instituciones.

Cuando un niño recibe tratamiento recuperatorio de la experiencia de maltrato infantil, desde la perspectiva psicológica y social sin incorporar a los padres, en dicho tratamiento, se expone el riesgo de reincorporara al niño, en un ambiente familiar no restaurado y en el que se mantienen aún los patrones de tensión y violencia. Conforme a lo señalado se considera de vital importancia realizar una intervención integral, dirigida hacia padres o cuidadores de los niños/ as, atendidos por maltrato infantil en el hospital Carlos Van Buren, esto a partir de la realización de charlas educativas, que aborden temáticas tales como; disfunción familiar, disfunción de roles y funciones parentales y negligencia parental, cuyo propósito este dirigido a concientizar y sensibilizar a estos adultos, respecto a la gravedad que implica la utilización de prácticas de maltrato.

Esta iniciativa entrega la opción de educar a los padres y/o cuidadores respecto de las conductas maltratantes, previniendo la aparición de comportamientos violentos y otorgando a su vez la posibilidad de tomar medidas menos radicales que la institucionalización del niño/ a, priorizando, por tanto, que éste se mantenga en su hogar de origen. Estas medidas van dirigidas a provocar el menor daño y vulneración a los derechos del niño/a, sustentadas estas, en el concepto orientador del "interés superior del niño", planteado por la convención internacional de los derechos del niño (1989).

La finalidad de realizar charlas educativas obedece a la necesidad de concientizar y sensibilizar a los padres, con respecto a la gravedad que implica las prácticas de maltrato, las que pueden disminuir si se otorgan las herramientas educativas que promuevan la utilización de técnicas alternativas de crianza. Muchas veces adultos maltratantes son padres que quieren a sus hijos/as, sin embargo, al momento de corregirlos pierden el control de sus impulsos dañándolos físicamente. Se sugiere que esta intervención familiar, sea realizada por un equipo de profesionales capacitados, y especializados en temáticas de violencia intrafamiliar, pues las características que poseen estas familias son complejas y multiproblemáticas, requiriendo, por tanto, que el profesional que intervenga tenga las habilidades y capacidades para enfrentar y abordar los desafíos que implica realizar este tipo de intervención.

Enfrentar el fenómeno del maltrato infantil es una labor que compromete a todos los actores sociales, desde las redes sociales primarias hasta formales. Las que realizando acciones en conjunto pueden lograr ser un aporte y apoyo a las víctimas que sufren de esta

violencia. Y a la vez contribuir a la comprensión, en cuanto a la relevancia y significado cultural que tiene este fenómeno en la sociedad, enfocando todas las acciones necesarias hacia el objetivo social, que es erradicar la violencia en todos sus aspectos.

Conforme al supuesto planteado en el diseño de investigación, que señala "el equipo de Pediatría del Hospital Carlos Van Buren poseería deficiencias en la atención integral y coordinada de los casos de Maltrato Infantil, ya que en la investigación realizada se pudo constatar que el hospital no posee un protocolo de atención para casos de maltrato infantil, por lo cual resulta dificultoso registrar y proceder de manera optima frente a una situación de maltrato infantil, ya que al no poseer lineamientos de acción que guíen el actuar profesional, este se vuelve desorganizado y con un diagnostico ambiguo e incompleto, lo que favorece a que estas situaciones de violencia continúen y se repliquen.

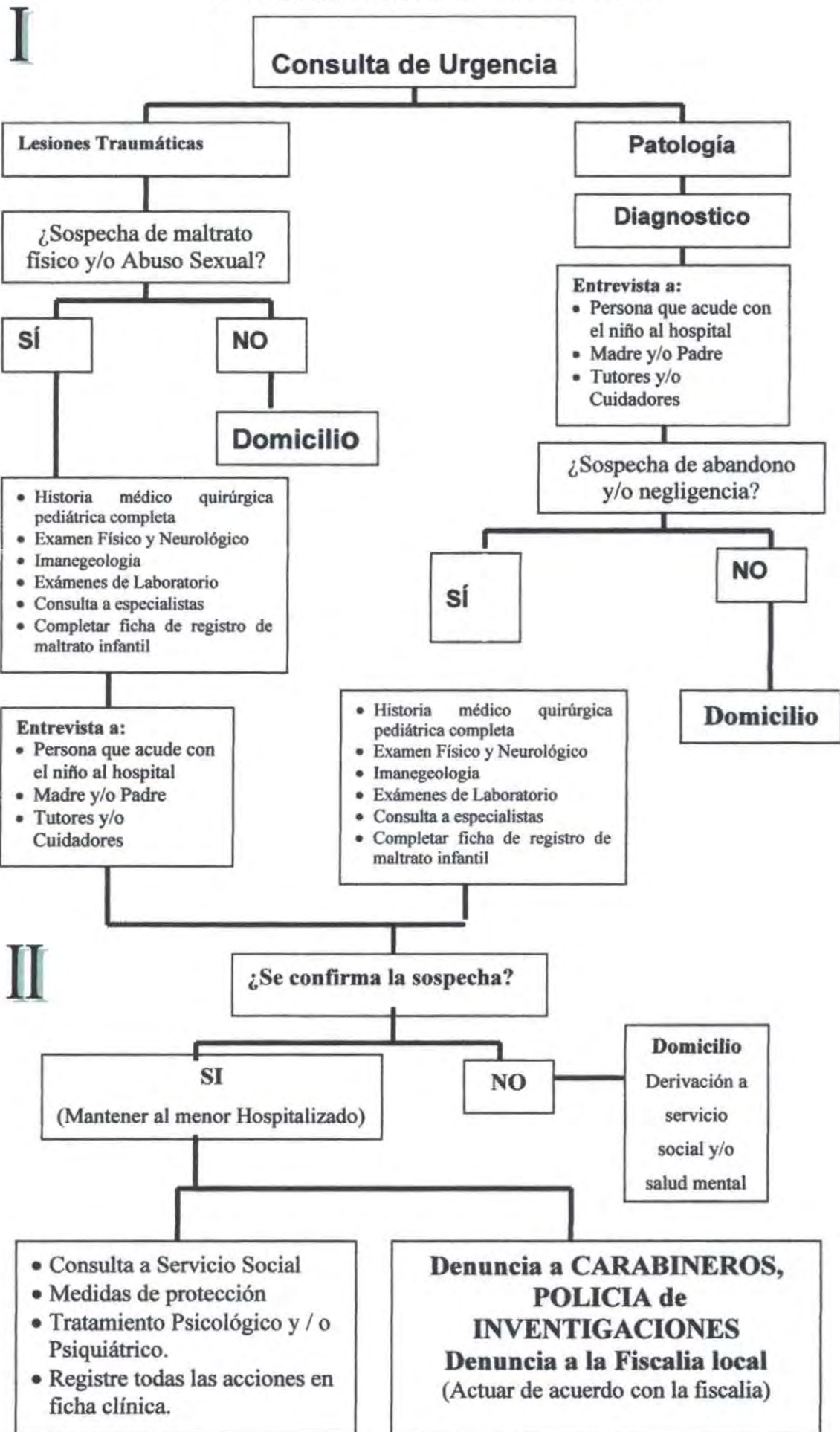
Para determinar la real circunstancia que genere el maltrato, el profesional debe indagar de manera distinta a lo habitual, reconociendo mas profundamente los síntomas y signos que presenta el niño/ a al momento de ser examinado, tratando de manera activa de precisar el origen de las lesiones no conformándose con explicaciones confusas o insuficientes, intentando dilucidar lo sucedido con respecto al niño/ a.

Por lo tanto, de acuerdo a lo anteriormente expuesto se denota la necesidad de elaborar un protocolo de atención medica, especifico para los casos ingresados por maltrato infantil, el cual permita llevar un registro adecuado y un manejo de la información de estos casos, donde se consignen además los tipos de maltrato atendido y la real magnitud de éstos, relevando por tanto el maltrato infantil como diagnóstico médico, a fin de generar mayor conciencia, sensibilización y compromiso frente al tema por parte de los profesionales de la salud.

El no contar con un protocolo de atención de maltrato infantil, no permite consignar adecuadamente los factores predisponentes que incide en que aparezca este problema, ya que en la ficha clínica de atención estos factores muchas veces no son registrados, quedando esto a criterio del médico de turno.

Al contar el equipo médico con un protocolo de atención para el maltrato infantil, provocaría que quienes se desempeñan en el área de la salud pudiesen contar con un documento específico para dicha atención, permitiendo ordenar la información y los datos pesquisados de los pacientes, esto incidiría en que el equipo de salud estuviese más involucrado con el fenómeno del maltrato infantil, e interviniendo de forma más proactiva las repercusiones tanto a nivel individual como familiar que este problema social provoca.

4. Protocolo de acción de "Maltrato Infantil"



5. Manual para la Aplicación del Protocolo de Maltrato Infantil

I. Etapa investigativa. Confirmación diagnóstica del motivo de la consulta médica

1. Consulta de Urgencia

Es la instancia en la cual se tiene el primer contacto con el niño/ a o adolescente, en la cual se recogen los primeros elementos para la detección del maltrato infantil en el o la posible víctima. La detección o identificación del maltrato infantil es el eje central sobre el que gira todo el proceso de actuación profesional ante un niño maltratado y su familia. Esta detección es a través de dos alternativas: lesiones traumáticas o alguna patología médica.

Evaluación

- Describir como el médico debe elevar su nivel de sospecha.
- Que signos durante la atención de urgencia son sospechosos de maltrato, abuso sexual y/o negligencia.

A. Lesiones Traumáticas

Se refiere a las constancias físicas que se podrían observar en el posible afectado, tales como: fracturas múltiples, quemaduras, equimosis o hematomas, marca de bofetones o agarrones, hematomas subdural, hemorragias retinianas, fisuras, equimosis del periné, contusiones o sangrado en los genitales extensos, sin explicación o esta no es coherente con el tipo de lesión constada. A través de esta constancia se debiera confirmar la sospecha de maltrato físico o abuso sexual en el niño/ a o adolescente.

¿Sospecha de maltrato físico y/ o abuso sexual?

- ❖ NO. Envíe al menor a su domicilio de residencia.
- ❖ SI. Realice las siguientes acciones:
 - *Historia médico quirúrgica pediátrica completa:*
 - Solicite Ficha clínica al S.O.M.E.
 - Léala y busque indicios de maltrato o recurrencia de las lesiones.
 - Busque evaluaciones de otros especialistas registrados en la ficha.
 - Establezca cuándo fue la última consulta y/o hospitalización y cual fue el diagnóstico.
 - Hágase un panorama de la historia clínica previa.
 - *Examen Físico y Neurológico:*
 - Examine al paciente en un lugar privado.

- Hágalo sin la presencia de familiares no directos.
- Hágase acompañar por otro profesional o técnico, integrante del equipo de salud.
- Llame al neuropediatra, para que le haga una evaluación clínica.
- Realice un examen físico meticuloso.
- *Imanegeologia:*
 - Solicite exámenes radiológicos, para apoyar o confirmar el diagnóstico.
 - Realice scanner o ecografías, para apoyar o confirmar el diagnóstico.
- *Exámenes de Laboratorio:*
 - Solicite exámenes de sangre, según patología.
 - Solicite exámenes de orina, según patología.
 - Realice examen rápido de embarazo si sospecha de abuso sexual, en pacientes femeninos en edad fértil.
 - Solicite exámenes y/o recolección de muestras para confirmar maltrato y/o abuso sexual.
 - Recuerde la cadena de protección de evidencia, instaurada por la reforma procesal penal.
 - No bote, ropa, especies, o cualquier objeto que pudiera ser usado como evidencia.
 -
- *Consulta a especialistas:*
 - Solicite evaluaciones de otros especialistas de ser necesario (neurólogo, psiquiatra, ginecólogo, cardiólogo, traumatólogo, etc.).
 - Confirme que el profesional deje registro de la evaluación.
- *Completar ficha de registro de maltrato infantil:*
 - Completar los datos solicitados por la ficha de maltrato infantil y adjuntarla al historial médico de urgencia.
- *Entrevistas:*

Cuando existe sospecha de maltrato es necesario preguntar directamente a la persona que acude el niño al hospital (madre y/ o padre, tutores y/ o cuidadores) sobre el origen de las lesiones encontradas. Si es posible, con privacidad y con pocas personas participando de la entrevista. Escuchando atentamente, evitando afirmaciones o acusaciones y tratando de no generar conflicto.

- Entreviste a las personas y/ o personal que trajo al menor al servicio de urgencia, indague las condiciones en las cuales fue encontrado el menor, o situación en la que se lesiono.
- Realice la misma indagación a través de una entrevista con los padres, tutores y/o cuidadores del menor.

B. Patología Médica

Se refiere a aquellas enfermedades epidemiológicas o infecciosas, tales como: desnutrición, neumonitis, enfermedades respiratorias graves, intoxicaciones, y enfermedades gastrointestinales, que podrían ser la manifestación por consecuencia del descuido o abandono del niño/ a o adolescente.

➤ *Diagnóstico:*

Se refiere a la recolección de síntomas que haría sospechar la presencia de enfermedad en el niño/ a o adolescente, y queda consignado en la anamnesis del paciente.

➤ *Entrevistas:*

Cuando existe sospecha de maltrato es necesario preguntar directamente a la persona que acude el niño al hospital (madre y/o padre, tutores y/o cuidadores) sobre el origen de las lesiones encontradas. Si es posible, con privacidad y con pocas personas participando de la entrevista. Escuchando atentamente, evitando afirmaciones o acusaciones y tratando de no generar conflicto

- Entreviste a las personas y/o personal que trajo al menor al servicio de urgencia, indague las condiciones en las cuales fue encontrado el menor, o situación en la que se lesiono.
- Realice la misma indagación a través de una entrevista con los padres, tutores y/o cuidadores del menor.

¿Sospecha de abandono y/o negligencia?

- ❖ NO. Envíe al menor a su domicilio.
- ❖ SI. Realice las siguientes acciones:
 - *Historia médico quirúrgica pediátrica completa:*
 - Solicite Ficha clínica al S.O.M.E.
 - Léala y busque indicios de maltrato o recurrencia de las lesiones.
 - Busque evaluaciones de otros especialistas registrados en la ficha.

- Establezca cuándo fue la última consulta y/o hospitalización y cuál fue el diagnóstico.
- Hágase un panorama de la historia clínica previa.
- *Examen Físico y Neurológico:*
 - Examine al paciente en un lugar privado.
 - Hágalo sin la presencia de familiares no directos.
 - Hágase acompañar por otro profesional o técnico, integrante del equipo de salud.
 - Llame al neuropediatra, para que le haga una evaluación clínica.
 - Realice un examen físico meticuloso.
- *Imanegeología:*
 - Solicite exámenes radiológicos, para apoyar o confirmar el diagnóstico.
 - Realice scanner o ecografías, para apoyar o confirmar el diagnóstico.
- *Exámenes de Laboratorio:*
 - Solicite exámenes de sangre, según patología.
 - Solicite exámenes de orina, según patología.
 - Recuerde la cadena de protección de evidencia, instaurada por la reforma procesal penal.
 - No bote, ropa, especies, o cualquier objeto que pudiera ser usado como evidencia.
- *Consulta a especialistas:*
 - Solicite evaluaciones de otros especialistas de ser necesario (neurólogo, psiquiatra, ginecólogo, cardiólogo, traumatólogo, etc.).
 - Confirme que el profesional deje registro de la evaluación.
- *Completar ficha de registro de maltrato infantil:*
 - Completar los datos solicitados por la ficha de maltrato infantil y adjuntarla al historial médico de urgencia.

II. Etapa Resolutiva. Confirmación de Maltrato Infantil.

¿Se confirma la sospecha?

- ❖ NO. Envíe al menor a su domicilio de residencia y déVELO a servicio social y/o salud mental.

- ❖ Sí. Realice las siguientes acciones:
 - ✓ Hospitalice al menor, aunque la condición clínica no lo requiera. Recuerde que esta puede ser la medida de protección que resguarde la vida a un niño/ a
 - ✓ Denuncie a las policías. Carabineros o
 - ✓ Investigaciones. Recuerde que la Ley lo obliga a denunciar.
 - ✓ Si no puede realizar la denuncia a la policía, hágalo directamente a la fiscalía.
 - ✓ Actúe en sincronización con la policía y/o fiscal.
 - ✓ Solicite interconsulta a servicio social.
 - ✓ Si no lo ha hecho antes, solicite evaluación psicológica y/o psiquiátrica.
 - ✓ Coordínesse con la fiscalía antes de dar el alta al menor, registre quien se hace cargo del niño después del alta.
 - ✓ No olvide dejar todas las acciones registradas en la ficha clínica del niño/adolescente

6. Ficha de Registro Médico de Maltrato Infantil

FICHA DE REGISTRO DE MALTRATO INFANTIL

1. Identificación del Afectado

Nombre : _____
 C. Identidad : _____ Edad: _____ Sexo : M _____ F _____
 Domicilio : _____

2. La información para la detección de este caso proviene de:

- Afectado/ a
- Acompañante
- Funcionario del sistema de salud
- Otra fuente (especificar) _____

3. Quien Detecta el caso:

- Medico pediatra
- Cirujano
- Traumatólogo

4. Servicio por el que ingresó el niño/ a.

- Urgencia infantil
- Servicios de pediatría (especificar) _____
- Consultas psicológicas y/ o psiquiátricas

5. Tipo de violencia

- Física
- Psicológica
- Sexual
- Negligencia o abandono

6. Diagnóstico médico

.....

7. Acompañante del niño/ a o adolescente

- Madre
- Padre
- Cuidador/ tutor
- Otro familiar.....
- Otro no familiar.....

8. Personas responsables del niño/ a

- Madre
- Padre
- Cuidador/ tutor
- Otro familiar.....
- Otro no familiar

9. Parentesco o relación de, (del/los) probables responsables de la violencia con el afectado/ a.

- Padre
- Madre
- Ambos padres
- Familiar (especificar) _____
- No familiar

10. Evaluación psicológica de los padres o cuidadores

- Sí
- No

11. ¿ Ya se realizó denuncia a carabineros o fiscalía local?

- Sí
- No
- No se sabe.

12. Medidas cautelares

- Sí
- No

13. Medidas de protección realizadas

- Hospitalización
- Otras (especificar).....

14. Derivación del niño/ a

- Sí
- No
- Donde (especificar) _____

15. Factores de riesgo que derivaron en maltrato infantil

- Condiciones de vida deficitaria
- Niño no escolarizado
- Niño con discapacidad física o mental
- Ausencia de persona responsable del cuidado del niño

Fecha : _____
 Se Notifica a : _____
 Hora / notificación : _____

Medico legal : _____
 Firma : _____

Comentarios:

7. Instructivo de Ficha de Registro de “Maltrato Infantil”**1. Datos del afectado:**

Nombre: Escriba el nombre completo del afectado por violencia o maltrato.

Identidad: Escriba el N° del rol único nacional del afectado por violencia o maltrato.

Edad: Hasta los cuatro años de edad regístrela en años y meses. En los mayores, consígnala en años cumplidos.

Sexo: Marque con una X masculino o femenino, de acuerdo al sexo del afectado.

Domicilio: señale el domicilio de residencia del afectado.

2. La información para la detección de este caso proviene de:

Marque con una X la fuente de la información que permitió detectar el caso. Si es otra fuente especificar, y anotar en las líneas punteadas. Marque una sola opción. Si la elección fue posible debido a la información de varias fuentes, elija la principal.

3. Quien detecta el caso:

Este punto se refiere a quien hace de notificante. Marque con una X su profesión y si es otra no indicada en esta ficha, especificarla.

4. Servicio por el cual ingresó el niño/ a

Este punto se refiere al servicio por el cual ingresó el niño/ a al momento de solicitar la atención Marque con una X el servicio de ingreso.

5. Tipo de violencia intrafamiliar:

Marque con una X el tipo de violencia que corresponda al caso.

6. Diagnóstico:

Escriba el diagnóstico médico detectado.

7. Acompañante del niño/ a o adolescente:

Marque con una X según corresponda el parentesco o relación del acompañante con el afectado /a. Si es la opción otro familiar u otro no familiar, especificar y anotar en las líneas punteadas.

8. Persona responsable del niño/a o adolescente:

Se refiere al parentesco o relación del (de los) responsable(s) del cuidado del afectado. Marque con una X la relación del o los responsables del cuidado del afectado. Si es otro familiar o es no familiar, especifíquelo y anótelo en las líneas punteadas.

9. Parentesco o relación del (de los) probables responsables de la violencia con el afectado/a:

Marque con una X la relación del o los probables responsables de la violencia con el (la) afectado (a). Si es otro familiar o es no familiar, especificar y anotar en las líneas punteadas.

10. Evaluación psicológica de los padres o cuidadores

Se refiere a la evaluación especializada que se realiza a los padres o cuidadores de los niños/ as, a fin de determinar las condiciones psicológicas en la que se encuentran. Marque con una X si se ha realizado evaluación psicológica.

11. Ya se realizó denuncia a carabineros o fiscalía local?

Marque con una X en la alternativa Sí, solo cuando haya una actividad efectuada según relate o confirme el afectado (a).

12. Medidas cautelares

Serán entendidas como aquellas medidas previas a la aplicación de las medidas de protección, cuyo objetivo es resguardar la seguridad física y psicológica del afectado(a). Marque con una X según corresponda, las acciones efectivamente realizadas. Si es la alternativas otras, especificar y anotar en las líneas punteadas.

13. Medidas de protección realizadas:

Se entiende por medida de protección la disposición inmediata que se ha recomendado para salvaguardar la seguridad física y psicológica del afectado(a). Marque con una X según corresponda, las acciones efectivamente realizadas. Si es la alternativas otras, especificar y anotar en las líneas punteadas.

14. Derivación del niño/ a

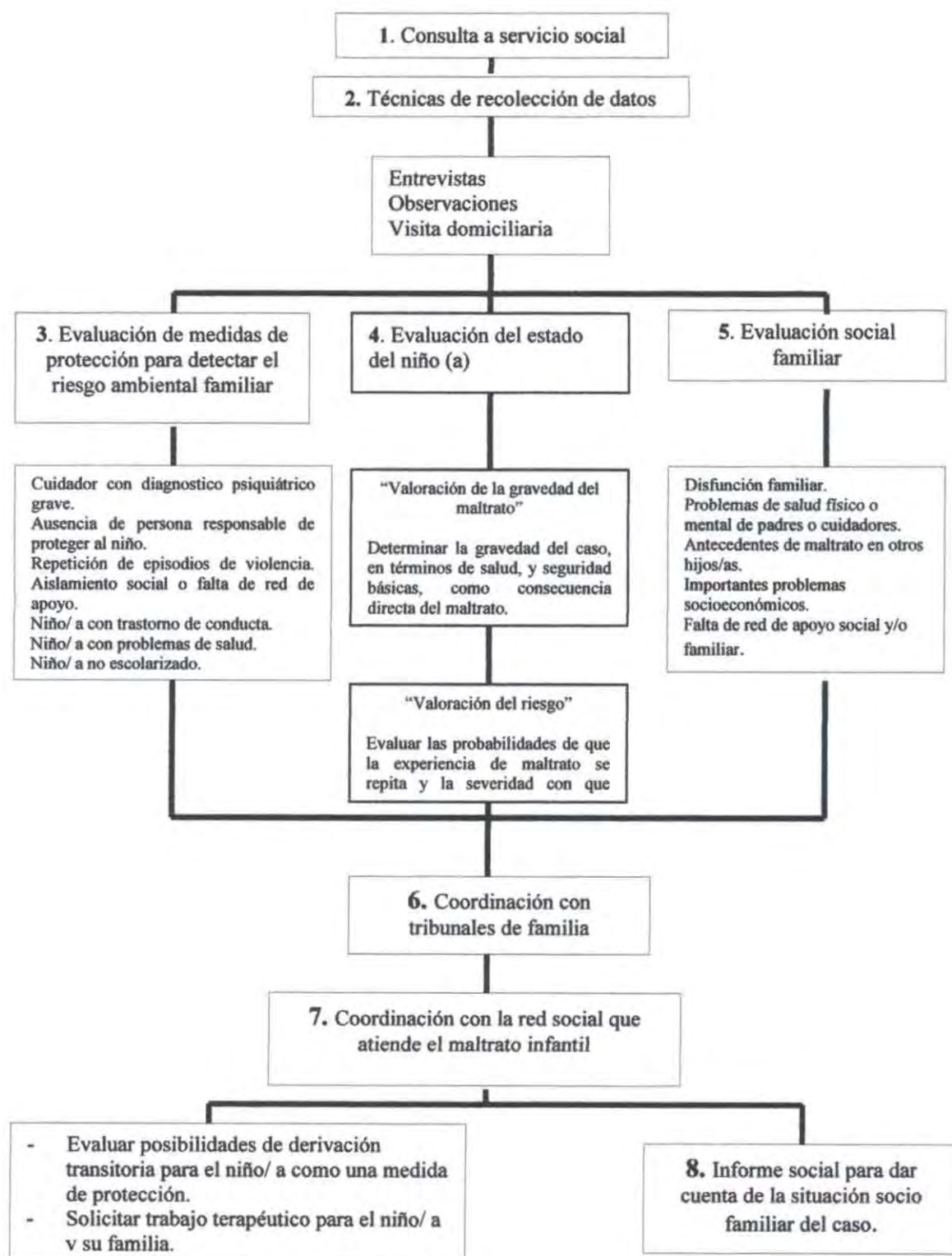
Marque con una X si el niño/ a sido derivado a otras instituciones, en caso de haber sido derivado señalar a cual.

15. Factores de riesgo que derivaron en maltrato infantil:

Se refiere los factores asociados al riesgo de la aparición y mantención del problema presentes en el niño o en su familia, que no son necesariamente la causa del problema. Marque con una X según corresponda la o las alternativas que usted pudo presenciar al momento de la atención.

- Fecha: Escriba el día, mes y año cuando se llene la ficha.
- Se notifica a: Escriba el nombre a quien se notifica.
- Hora/ notificación: Escriba la hora y los minutos al momento que se hizo la notificación en la ficha.
- Médico legal: escriba el nombre del médico que atendió al afectado.
- Firma: escriba la firma del médico legal que atendió al afectado.
- Comentarios: Escriba aquellos comentarios que le parecieron pertinente destacar en la atención al afectado.

8. Protocolo de Acción de Maltrato Infantil para Servicio Social



9. Manual Protocolo de acción de Maltrato Infantil para Servicio Social

1. Consulta a Servicio social:

Cuando existe la presencia de maltrato infantil, ya sea por daños graves o menos graves en la víctima, debe ser derivado a la asistente social, con el objeto de que el niño y su familia entren en contacto con un profesional que pueda acogerlos y ayudarlos a enfrentar de la mejor manera posible su problema de violencia intrafamiliar.

2. Técnicas de recolección de datos:

Se refiere al conjunto de procedimientos que tienen por objetivo la recolección de datos importantes del niño y su familia, que permitirán el posterior análisis y diagnóstico del problema social señalado. Estas son:

- a. Entrevistas
- b. Observaciones
- c. Visita domiciliaria
- d.

3. Evaluación de medidas de protección para detectar el riesgo ambiental familiar:

Se refiere a la evaluación de los factores de riesgo asociados al niño, su familia y/ o su entorno familiar, que inciden en la aparición del maltrato infantil. Se debe considerar que a mayor presencia de factores de riesgo, mayor es la posibilidad de repetir el episodio de violencia en contra la víctima.

Los factores de riesgo más importantes que se debieran considerar son:

- Cuidador con diagnóstico psiquiátrico grave
- Ausencia de persona responsable de proteger al niño
- Repetición de episodios de violencia
- Aislamiento social o falta de red de apoyo
- Niño/ a con trastorno conductual.
- Niño/ a con problemas de salud
- Niño/ a no escolarizado

4. Evaluación del estado del niño:

Esta consiste en valorar el estado de gravedad en términos de salud biopsicosocial del niño/a y las condiciones de riesgo presentes, en cuanto a la posibilidad de experimentar nuevamente el maltrato y el grado de severidad con que éste se puede manifestar.

5. Evaluación social familiar:

Se refiere a la evaluación de aquellos elementos familiares presentes en la familia de la víctima como consecuencia directa del comportamiento maltratante, que permite determinar la gravedad del caso en términos de salud y seguridad básicos de los integrantes.

Los aspectos más importantes que debieran considerar son:

- Disfunción familiar
- Problemas de salud físico o mental de padres o cuidadores
- Antecedentes de maltrato en otros hijos/as
- Importantes problemas socioeconómicos
- Falta de red de apoyo social y/o familiar.

6. Coordinación con tribunales de familia:

Se refiere a la coordinación que debiera hacer el asistente social con los tribunales de familia que llevan el caso de maltrato infantil, con el objetivo de agilizar el procedimiento para que llegue al mejor término posible, considerando el interés superior del niño/ a, intentando provocar en este, la menor vulneración posible a sus derechos.

7. Coordinación con la red social que atiende el maltrato infantil:

Se refiere a coordinación que debe hacer el asistente social con la red que atiende el maltrato infantil, ésta resulta de gran importancia al momento de afrontar éste problema social, puesto conforman el principal elemento contenedor para afrontar y resolver de mejor manera el tema de la violencia hacia los niños/ as.

Dentro de esta coordinación se deben realizar las siguientes acciones:

- Evaluar posibilidades de derivación transitoria para el niño/a como una medida de protección.
- Solicitar trabajo terapéutico para niño/ a y su familia.

8. Realizar un informe social:

Se refiere a la realización de un informe social que de cuenta de la situación sociofamiliar del caso, que permita tomar las medidas más adecuadas y pertinentes en base a las sugerencias que propone registrar el asistente social en dicho documento.

Capitulo V

Conclusiones Finales

1. CONCLUSIONES

A partir de la investigación realizada, se puede concluir, que la dinámica familiar que presentaban familias estudiadas, se caracteriza por ser disfuncional. La presencia de maltrato infantil, es producto de una familia desestructurada y desestabilizada, por tanto, es posible inferir que todas las familias que manifiestan conductas maltratadoras poseen estas características de disfuncionales.

De acuerdo al modelo de Olson estas familias, son de tipo caóticas desligadas, sin embargo al momento de establecer una categoría para éstas, fue de gran complejidad, ya que la familia es un sistema social, que se encuentra sometido a constantes cambios, de acuerdo al ciclo de vida por el cual esté pasando y a las crisis que debe enfrentar, y es la etapa actual en la cual se encuentre la familia, la que determinará la categorización de ésta. Además, es importante señalar que estas familias se caracterizan por tener un estilo de normas y reglas inestables e inconsistentes, lo que provoca que estos padres, no tengan un estilo de crianza estable, condicionado al estado animo de éstos y a las situaciones externas que estén viviendo, lo cual muchas veces provoca un estrés familiar, gatillando episodios de violencia.

Estos episodios de violencia no son reconocidos por las familias, ya que generalmente éstas no asocian las agresiones verbales y físicas, durante una discusión de pareja, como maltrato. Es de destacar que estas familias han experimentado episodios de violencia conyugal, lo que hace concluir, que este tipo de agresión se traspasa hacia sus hijos/ as, siendo éstos víctimas directas de los problemas por los cuales atraviesa el subsistema conyugal, pasando estos niños a ser vías de escape de las frustraciones de los adultos.

En relación al tipo de familia predominante en el presente estudio, son las familias de tipo extensas y biparentales, esta tipología de familia, se aleja a aquellas familias que es considerada como un factor de riesgo, que son las familias monoparentales y las reconstituidas. Si bien las familias estudiadas no son consideradas como un factor de riesgo para el maltrato infantil, a partir del presente estudio se pudo constatar que este tipo de familias, especialmente la familia extensa sí constituyó un factor de riesgo, ya que a pesar de que éstas estuvieran constituidas por un número considerable de integrantes, no son capaces de proporcionarse apoyo y ayuda mutua a sus miembros, sobre todo en las funciones de crianza y socialización de los hijos, esto como consecuencia de la baja cohesión que presenta la familia.

A pesar de que estas familias, en su mayoría presentan características de

familia de tipo desligada, en algunas ocasiones manifiestan conductas de apego y dependencia, las que son motivadas por razones de interés económico, más que por dependencia afectiva y/o emocional.

Además se pudo percibir a través de las entrevistas realizada a las familias, que al momento de responder planteaban un discurso ideal, que no reflejaba su verdadera dinámica familiar, la que intentaban encubrir, mediante discursos poco coherentes y contradictorios, que fueron reconocidos al momento de analizar la entrevista.

Es importante señalar que al momento de realizar la revisión bibliográfica, se pudo apreciar de que no se pudo encontrar literatura que vincule la temática del maltrato infantil con la dinámica familiar, ya que los textos a los cuales se accedió, tratan los temas de manera independiente, dificultando establecer el análisis en forma complementaria.

Para el equipo seminarista, realizar la presente investigación que abordó el fenómeno del maltrato infantil desde la realidad familiar, permitió adquirir conocimientos del tema, no solo desde el aspecto teórico, sino, además, desde el acercamiento directo hacia los propios actores sociales. Establecer este acercamiento con las familias, permitió entender el fenómeno del maltrato infantil desde la subjetividad desde los propios agresores, llegando a comprender las causas que originan el desencadenamiento de la violencia hacia los niños/as.

Más que enjuiciar a los padres y estigmatizarlos por las conductas maltratadoras ejercidas, se debe adoptar una postura más comprensiva y neutral frente al tema. Lo que permita considerar la presencia de múltiples factores predisponentes en la aparición del maltrato infantil, pudiendo atribuir responsabilidad del hecho, no sólo a una persona, sino que a conjunto de situaciones que asociados entre sí, pueden desencadenar la agresión hacia los niños/ as.

Bibliografía

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1) Fuentes Primarias

- Carolina Flores (Psicóloga. Hospital Carlos Van Buren).
- Osvaldo Leppe (Neurólogo Infantil. Hospital Carlos Van Buren).
- Marcelo Muñoz (Médico General. Hospital Carlos Van Buren)
- Guillermo Pardo (Pediatra. Hospital Carlos Van Buren)
- Alicia Soto (Asistente Social. Hospital Carlos Van Buren)
- Gabriela Vilches (Asistente Social. Hospital Carlos Van Buren)

2) Fuentes Secundarias

A) Referencia Bibliográficas

- Arruabarrena María Ignacia; De Paul, Joaquín y Torres, Bárbara (1994). "Maltrato Infantil", Ministerio de Asuntos Sociales, España.
- Arruabarrena María Ignacia; De Paul, Joaquín (1998). "Maltrato a los niños en la familia", Editorial Pirámide, Madrid, España.
- Avilez, María Cristina (). "Hablemos de la familias", CIDE, Santiago, Chile.
- Barudi, Jorge (1998). "Dolor invisible de la infancia una lectura ecosistémica del maltrato infantil", Editorial Paidós, España, 1998.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas. (2006). "La construcción social de la realidad", Editorial Amorrortu, Edición de reimpresión, Buenos Aires, Argentina.
- Besten, Beate (1997). "Abusos sexuales en los niños", Editorial Herder, Barcelona, España.

- Bimbela, José Luis (1996). "Cuidando al cuidador", Editorial Granada, España.
- Bott, Elizabeth (1990). "Red social y familia", Editorial Taurus Humanidades, Madrid, España.
- Cantón Duarte, José (2004). "Malos tratos y abuso sexual infantil", Editorial Siglo XXI, Quinta Edición. España.
- Casado, Juan; Díaz, José y Martínez, Carmen (1997). "Niños maltratados", Editorial Diez Santos, Madrid, España.
- Cieza, José (1989). "Mentalidad social y modelos educativos", U. De Salamanca, España.
- Coletti, Maurizio (1997). "La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática", Editorial Paidós, España.
- Corsi, Jorge (1994). "Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre una grave problemática social", Editorial Piados, España, 1994.
- Chadi, Mónica (2000). "Redes sociales en el trabajo social". Primera edición, Editorial Espacio, Buenos Aires. Argentina.
- Eroles, Carlos (1998) "Familia y trabajo social", Editorial Espacio, Primera Edición, Buenos Aires.
- Elsner, Paulina y Reyes, Carmen (1997) "La familia una aventura", Universidad Católica de Chile, Cuarta Edición.
- Fromm, Erich; Horkheimer, Max y Parsons, Talcott (1998). "La familia". Octava Edición, Editorial Península. España.
- López, Gustavo (1996) "Maltrato infantil y violencia intrafamiliar", Revista de Psicología y Salud.
- Gracia, Enrique (1997). "El apoyo social a la intervención comunitaria". Editorial Paidós. España

- Gracia, Enrique (2002) "Las víctimas invisibles de la violencia intrafamiliar", Editorial Paidós, España.
- Howard, Marc (1995). "La cultura del conflicto", Primera Edición, Editorial Paidós España.
- Jaes, Celia, (1991). "Transiciones de la familia".
- Koham, Nestor (1993). "Artículos filosóficos", Santiago Chile.
- Larraín, Soledad (1997). "Relaciones familiares y maltrato infantil", Editorial Calicanto, Santiago, Chile.
- Martínez Roig. A, De Paul, Joaquín (1993). "Maltrato y abandono infantil en la familia", Editorial Barcelona, España.
- Max-Neff, Manfred (1986). "Desarrollo a escala humana", Editorial CEPUR, Santiago, Chile.
- Minuchin, Salvador (1997). "Familias y terapia familiar", Editorial Gedisa, España.
- Oblitos, Luis (2006). "Atlas de psicología de la salud", Editorial Psicom.
- Papalia, Diana (2001). "Desarrollo humano"; Octava Edición, Mac Graw-Hill.
- Pastén, Fernando (1998). "Elaboración de Diagnósticos Sociales con la utilización de técnicas cualitativas de investigación", Editorial Edeval, Tercera Edición, Valparaíso, Chile.
- Perrone, Reynaldo (1997). "Violencia y abuso sexual en la familia", Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Quinteros, Ángela (1999). "Trabajo social y procesos familiares", Editorial Lumen/humanitas. Buenos Aires. Argentina.
- Sanz, Diana, Molina, Alejandro (1999). "Violencia y abuso en la familia", Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina.

- Stevenson, Olive (1992). "La atención al niño maltratado: políticas públicas y práctica profesional", Editorial Paidós, España.
- Small, Meredith F. (1999). "Nuestros hijos y Nosotros", Editorial Ediciones B Argentina S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Yáñez, Juan Carlos (2003). "Estado, consenso y crisis social". Editorial DIBAM; Santiago, Chile.

B) Textos Complementarios

- Hernández Sampieri, Roberto; Hernández, Carlos y Batista, Pilar. (1998) "Metodología de la investigación", Editorial Mc Graw- Hill, Segunda Edición, México.
- Ottemberg, Ana (1983). "Investigación social y estadística para el trabajo social", Colegio de Asistentes Sociales, de Chile.
- Pastén, Fernando (1998). "Metodología de la Investigación Social", Editorial Edeval, Tercera Edición, Valparaíso, Chile.
- Spiegel, Murray y Larry, Stephens (2002). "Estadística", Tercera Edición, México.

C) Artículos y/ o Revistas.

- Gissi, Jorge (1985) "Revista de trabajo social N°47 pp. 23-34". Universidad Católica de Chile.
- Gumucio, Carmen, (1992). "Alternativas para la política de menores" del seminario la familia en Chile, aspiraciones, realidades y desafíos.
- Preister, Steven (1981) "La teoría de sistema como marco de referencia para el estudio de la familia", (Artículo, Revista de Trabajo Social N° 34 pp. 5-17).
- Rodhes, Sonya (1983), "Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar "(Artículo de revista de trabajo social, N° 39).

- Thomson, Ian (1982). El Transporte Urbano En América Latina. Consideraciones Acerca De Su Igualdad Y Eficiencia. (Publicado en: Revista de la CEPAL, n.17, pp. 85-117)

D) Documentos Institucionales

- "Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en los servicios de urgencias" (División de salud de las personas. Unidad de Salud mental) 1998.
- "Modulo de aprendizaje, garantías explícitas en salud "(conceptos básicos y aplicabilidad)
- Informe de evaluación de actividades de Servicio Social 2005.
- Documento sistematizado sobre organización y funciones de Trabajo Social en el sector Salud (Asistente social Dolly Staig Clarke, coordinadora unidad de trabajo social Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso).
- Informe sobre funciones de Servicio Social, en servicio de cirugía infantil, 2007.
- Paicabi (1998) "Guía de Maltrato infantil y elementos básicos para sus comprensión".
- Material de difusión del centro de violencia doméstica de la ilustre municipalidad de Santiago. 1995.
- "Informe Comisión Nacional de la familia" (1992)
- "Plan Regional de infancia y adolescencia" (1994).

3) Leyes.

- Ley N ° 19.325, Ley de Violencia Intrafamiliar. República de Chile. (1994).
- Ley N ° 20.066, Ley de Violencia Intrafamiliar. República de Chile. (2005).

4) Tesis

- Autora: Pamela Olave Machuca, "Una estrategia de prevención de la violencia intrafamiliar, a través de la promoción de métodos alternativos de resolución de conflictos, y redes sociales de apoyo a mujeres de entre 15 y 19 años de la comuna de Puchuncaví", 2002
- Autora: Maria Irene Morales Salgado, " El rol del trabajador social en el ámbito de la atención a víctimas de delitos violentos, en el nuevo escenario de la reforma procesal penal: Una mirada desde la corporación de asistencia judicial de la región de Valparaíso", 2006
- Autoras: Paula Leiva; Paulina Pérez y Dayana Salinas. Violencia Intrafamiliar: "Una aproximación socio-jurídica desde las familias atendidas en el consultorio jurídico social de la Universidad de Valparaíso", 2006.

5) Foro

- "Difusión y actualización de los aspectos jurídicos y académicos del Maltrato Infantil" 10 de Septiembre de 2007. Auditorio, Hospital Carlos Van Buren. Av. Colon 2454 Valparaíso.

ANEXOS

N° Casos	Sexo		Períodos de edad					Causa de atención						Tipo de Familia				Estructura familiar		Tipo de Maltrato				Quien ejerce maltrato			
	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	3	
29		X			X				X									X									
30	X						X						X						Xa								
31	X				X														Xa								
32	X				X																						
33	X				X																						
34	X				X																						
35	X				X																						
36		X				X													Xa								
37		X																	X								
38	X																										
39		X																									
40	X																		Xa								
41	X																										
42	X																										
43		X																									
44		X																									
45	X																										
46		X																									
47		X																									
48		X																									
49		X																									
50		X																									
51	X																										
52	X																										
53		X																									
54		X																									
55	X																										
56		X																									
57		X																									

N° Casos	Sexo		Períodos de edad					Causa de atención						Tipo de Familia				Estructura familiar		Tipo de Maltrato				Quien ejerce maltrato				
	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	3		
58	X			X		X		X										X										
59	X			X										X								X						
60		X				X						X										X						
61		X				X																						
62	X					X																						
63	X				X																							
64		X				X																						
65	X					X																						
66	X					X																						
67	X					X																						
68	X					X																						
69	X					X																						
70		X				X																						
71	X					X																						
72	X					X																						
73		X				X																						
74	X					X																						
75		X				X																						
76	X					X																						
77		X				X																						
78		X				X																						
79	X					X																						
80	X					X																						
81		X				X																						
82		X				X																						
83	X					X																						
84		X				X																						
85		X				X																						

2. Valores para Sabana Manual

Sexo	Valores
Femenino	1
Masculino	2

Periodos de Edad	Valores
Prenatal	1
Infancia y primeros pasos	2
Niñez Temprana	3
Niñez Intermedia	4
Adolescencia	5

Causa de Atención	Valores
Intento de Suicidio	1
Enfermedades Epidemiológicas	2
Politraumatismo	3
Trastorno del Desarrollo de la Personalidad	4
Quemaduras	5
Abuso Sexual	6

Tipo de Familia	Valores
Nuclear Monoparental	1
Nuclear Biparental	2
Extendida	3
Reconstituida	4

Estructura familiar	Valores
Funcional	1
Disfuncional	2

Tipo de Maltrato	Valores
Maltrato Físico Activo	1
Maltrato Físico Pasivo	2
Maltrato Emocional Activo	3
Maltrato Emocional Pasivo	4

Quien Ejerce el Maltrato	Valores
Familiar Consanguíneo	1
Familiar no Consanguíneo	2
No Familiar	3

3. Entrevista Semiestructurada Familiar

Objetivo General: Identificar las características de la estructura y dinámica familiar presentes en los casos atendidos por maltrato infantil físico y abuso sexual, a fin de determinar la organización interna de la familia.

Entrevistador: Alumnas Seminaristas

Entrevistado: Adulto responsable (Abuela Materna)

Fecha: 10- 08- 07

Lugar: Vivienda de la familia

Duración: 60 a 90 minutos (aprox.)

Objetivo específico 1: Conocer las prácticas de habilidades comunicacionales presentes al interior de la familia

1.-¿De que forma los miembros de la familia comparten sus intereses y expresan sus necesidades?

2.-¿Cuáles son las causas por las que se discute en la familia?

3.- Explíquenos.¿Sobre que temas se conversa generalmente en su familia?

4.-¿En que momento los miembros de la familia se piden disculpas después que se discute?

5.-¿Cuáles son las soluciones mas comunes que busca la familia para enfrentar sus problemas?

Objetivo específico 2: Determinar el nivel de cohesión existente entre los miembros de la familia

6.-Cuéntenos cómo se ayudan mutuamente cuando necesitan algo.

7.-Explíquenos cómo se toman las decisiones en su familia y quienes participan de estas.

8.-¿Cuáles son los problemas que se cuentan en su familia y cuales no?

9.-Describa en qué espacios se comparte en familia.

10.-¿Qué espacios de privacidad existen para la pareja?

11.-¿Qué actividades realizan en su tiempo libre?

12.-¿De qué forma expresan el cariño los miembros de la familia?

13.-¿Por qué es importante para ustedes la unión familiar?

Objetivo 3: Identificar el nivel de adaptación y flexibilidad existente en el grupo familiar.

14.-¿Cuáles son las reglas que existen al interior de la familia?

15.-¿Por qué es importante el respeto en la familia?

16.-¿Cuáles son las responsabilidades de los niños al interior del hogar?

17.-¿Qué actividades son las que realizan los niños fuera del hogar?

18.-¿Quién es el adulto encargado de estipular las responsabilidades dentro del hogar?

Objetivo Especifico 4: Identificar la interacción existente entre los subsistemas familiares.

19.-¿Qué integrantes de la familia comparten más con uno que con otro?

20.-Cuéntenos, los miembros de la familia tienden a invadir el espacio de los otros ¿Por qué?

21.-¿Los miembros de la familia son independientes o apegados al núcleo familiar?

Objetivo específico 5: Determinar el nivel de reconocimiento que los padres o cuidadores realizan con respecto a las prácticas de maltrato ejercidas hacia los niños (as) y adolescentes.

22.-Cuando castiga. ¿Qué castigo se aplica?

23.-¿Cuáles son las causas por las cuales se castiga a los hijos?

24.-¿Cómo se siente usted, después de castigar a sus hijos?

25.-Cuéntenos se han experimentado episodios de maltrato en la familia ¿Cuáles?

Objetivo específico 6: Conocer los conflictos existentes en la relación de pareja

26.-¿Cuáles son los conflictos mas comunes que experimenta la pareja?¿Por qué cree que ocurren?

27.-¿De que forma la pareja se pide disculpas después de una discusión?

28.-¿Después de cuanto tiempo la pareja se reconcilia luego de una discusión?

29.-¿Qué tipo de agresiones manifiesta la pareja al momento de discutir?

Objetivo específico 7: Identificar las características de vulnerabilidad de los casos, a fin de detectar situaciones de riesgo al interior de la familia.

30.-¿Cómo define usted el comportamiento actual de sus hijos?

31.-¿Qué cualidades y defectos reconoce usted en sus hijos?

32.-¿Cómo le gusta o le gustaría que sus hijos se comportaran?

33.-¿Sus hijos fueron planificados? ¿Por qué?

34.-¿Como fue el embarazo?

35.- Relate algunos recuerdos trascendentales que tenga de su infancia

36.-¿Cuáles son las situaciones complejas o problemáticas que ha experimentado la familia durante el ultimo tiempo?

37.-¿Cómo considera que ha estado su ánimo durante el último tiempo

38.-¿Qué cosas cree usted que le hacen sentir molestia o desanimo?

39.-¿Cuando siente enojo o molestia qué hace para tranquilizarse?

40.-¿Quién queda al cuidado de los hijos cuando usted no esta presente?

41.-¿Cuánto tiempo comparte diariamente con sus hijos?

42.-¿Qué valor le otorga usted a la educación de sus hijos?

43.-¿En que tipo de actividades escolares de sus hijos participa?

44.-¿En que momentos entrega acompañamiento en la realización de las tareas y actividades escolares de sus hijos?.

45.-¿Cuáles serian las razones por las que usted retiraría a sus hijos de la escuela?.

AGRADECER AL ENTREVISTADA / O

4. Entrevista Semiestructurada para Médicos unidad de pediatría

Objetivo General: Conocer las características del maltrato infantil, desde el enfoque de la atención médica, lo que permitiría determinar los indicadores y procedimientos más recurrentes que se presentan en los pacientes atendidos por esta causa.

Entrevistador: Alumnas Seminaristas

Entrevistado: Medico Unidad Pediátrica

Fecha:

Lugar: Hospital Carlos Van Buren

Duración: 60 minutos (aprox.)

Objetivo 1: Determinar los procedimientos más recurrentes que se realizan en los pacientes atendidos por maltrato infantil.

1.-Describanos cómo se deja registro de la sospecha de maltrato infantil en la Anamnesis Clínica (historia clínica del paciente previa al evento) ¿Quién deja el registro?

2.-¿Cuál es la primera medida de protección que realiza un medico cuando sospecha que existió maltrato?

3.-Cuéntenos cómo se diagnostica el maltrato infantil y de que forma se registra

- 4.-¿De que forma se consignan los factores de riesgo que derivaron en maltrato infantil?
5.-¿ En qué casos se realiza derivación interna a Servicio Social?

Objetivo específico 2: Conocer las características físicas y psicológicas que presentan los niños atendidos por maltrato físico.

6.-Describanos qué lesiones traumáticas hacen sospechar inmediatamente que hubo maltrato.

7.-Cuéntenos qué comportamientos observables en los niños hacen sospechar que existió maltrato.

8.-¿Qué tipo de indagaciones se realizan para descartar o comprobar la presencia de maltrato infantil físico?

Objetivo 3: Conocer las características físicas y psicológicas que presentan los niños atendidos por abuso sexual.

9.-Cuéntenos que indicadores físicos (secuelas) son los mas comunes en niños atendidos por abuso sexual

10.-¿Cuáles son los indicadores de comportamiento más frecuentes que hacen suponer la presencia de abuso sexual en un niño?

11.-¿ Que indagaciones médicas se realizan para descartar o comprobar el abuso sexual?

Objetivo 4: Conocer las características físicas y psicológicas que presentan los niños atendidos por negligencia en los cuidados por parte de la familia.

12.-Describanos qué tipo de enfermedades presentes en los niños se relacionan con negligencia en los cuidados

13.-¿Que condiciones observables en los niños (físicas y de vestimenta) harían sospechar que existe negligencia?

14.-¿Cuáles son las características más relevantes en el comportamiento de un niño que experimenta negligencia?

15.-¿Cuáles son las características que poseen los padres o cuidadores de aquellos niños que sufren negligencia o abandono en los cuidados?

2- Tipología Familiar:

Familia monoparental	Familia biparental	Familia extensa	Familia reconstituida

Observaciones:

3- Situación Habitacional:

Características de la vivienda										
Tipo				Materialidad	Tenencia	N° de piezas	N° de camas	Luz eléctrica	Agua potable	Alcantarillado
Casa	Dept	½ agua	Otra							

4- Vinculación a Redes Sociales de Apoyo

Objetivo: Establecer la vinculación existente por parte de las familias a redes sociales formales y/o informales de la comunidad, a fin de establecer si las familias cuentan con apoyo social.

A.

Red de Apoyo Social Informal		
Familiares	Vecinos	Amigos

Vinculación a redes sociales	
Activa	
Media	
Pasiva	

B.

Red de Apoyo Social Formal						
Hospital	Consultorio	Iglesia	Junta de Vecinos	Club Deportivo	Organizaciones Estatales	Organizaciones Privadas

Vinculación a redes sociales	
Activa	
Media	
Pasiva	

6. Ficha Médico Social

Caso:
Nº ficha:
Fecha:

Objetivo: Identificar la información sociodemográfica y clínica de los pacientes atendidos por maltrato infantil físico y abuso sexual en la unidad pediátrica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, entre enero 2005 y mayo 2007.

Fuente: Fichas Clínicas
Informes Sociales
Entrevista

Identificación del paciente

1- Datos Personales:

Nombre	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Escolaridad	
Tipo de establecimiento	
Domicilio	
Fono	

2- Situación previsional de salud:

Fonasa	Isapre	Otra

3- Ingreso al establecimiento de Salud

Interconsulta	Judicial	Urgencia

4- Diagnostico

Diagnostico medico

5- Tipo de maltrato

Físico	Sexual	Emocional	Negligencia

6- Quien ejerce el maltrato:

Padre	Madre	Familiar	No Familiar

7- Tratamientos

Tratamientos

8- Ingreso mas reciente a la Unidad de Pediatría

Año	
Ambulatorio	
Hospitalización	

9- Atenciones anteriores:

Sí	Por qué	No

Objetivo Específico 2 : Determinar el nivel de cohesión presente entre los miembros de la familia.

ENTREVISTAS

Subdimensión: Cohesión

Preguntas de la entrevista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
06. Cuando alguno de los miembros de la familia necesita algo recibe colaboración de los demás para conseguirlo.																												
07. En esta familia se escucha la opinión de los demás miembros.																												
08. Los miembros de la familia cuentan sus problemas a los demás integrantes de ésta.																												
09. En este hogar existen espacios para compartir en familia.																												
10. Existen espacios de privacidad para la pareja.																												
11. A los miembros de esta familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.																												
12. Los miembros de esta familia realizan expresiones de cariño.																												
13. Es importante para la familia la unión familiar																												

Objetivo específico 3: Identificar el nivel de adaptación y flexibilidad existente en el grupo familiar existente en el grupo familiar .

ENTREVISTA

Subdimensión: Adaptabilidad

Preguntas de la entrevista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
14. Existe la costumbre de avisar cuando se sale y cuando se regresa																												
15. En esta familia el respeto es importante.																												
16. Los niños poseen responsabilidades dentro del hogar																												
17. Los niños desempeñan roles inapropiados para su edad.																												
18. Escaso nivel de respeto a las reglas estipuladas por un adulto																												

Objetivo específico 4 : Identificar la interacción existentes entre los subsistemas familiares

2. Dimensión Fronteras familiares, definida como el conjunto de reglas y límites que establecen cada subsistema familiar, en relación a sus interacción con otros.

ENTREVISTA

Subdimensión: Interacciones familiares

Preguntas de la entrevista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
19. En esta familia existen miembros que tengan mayor preferencia con unos que con otros																												
20. Los miembros de la familia tienden a invadir el espacio de los otros																												
21.a Los miembros de la familia son apegados al núcleo familiar.																												
21.b Los miembros de la familia son independientes al núcleo familiar																												

Objetivo específico 5: Determinar el nivel de reconocimiento que los padres o cuidadores realizan con respecto a las prácticas de maltrato ejercidas hacia los niños / as y adolescentes.

3. Dimensión Reconocimiento del maltrato infantil, se entenderá como la capacidad presente en los padres, para visualizar y lograr conciencia, con respecto a conductas maltratadoras

ENTREVISTAS

Subdimensión: Comportamiento familiar frente al maltrato infantil

Preguntas de la entrevista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
22. Tipos de castigos : <u>Castigo no físico</u>																												
- No ver televisión																												
- No dejarlo salir a jugar o pasear																												
- No hablarle.																												
- Mandarlo a acostar																												
Castigo físico																												
- Coscorrón																												
- Palmada o cachetada																												
23. Causas por las cuales se castiga.																												
- Desobedecer																												
- Por insolencias																												
- Por mal rendimiento																												
- Por no hacer las tareas																												
- Por orinarse																												
24. Actitud de los padres:																												
- Padres o cuidadores se sienten mal después de que se castiga																												
25. Presencia de violencia intrafamiliar:																												
- Se han experimentado episodios de maltrato en la familia																												

Objetivo específico 7: Identificar las características de la vulnerabilidad de los casos, a fin de detectar situaciones de riesgo al interior de las familias

5. Dimensión Factores predisponentes del maltrato infantil, serán todas aquellas características o situaciones que inducen la posibilidad de experimentar maltrato infantil.

ENTREVISTA

Subdimensión : Factores de riesgo asociados al maltrato infantil

Preguntas de la entrevista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
30. Niños/as con conducta difícil																												
31. Percepción negativa del niño/a																												
32. Expectativas inadecuadas con respecto al niño/a																												
33. Embarazo no deseado																												
34. Mal embarazo físico y emocional																												
35. Historia personal de maltrato o abandono																												
36. Crisis normativas y no normativas (muerte, cesantía, crisis económica, etc)																												
37. Antecedentes de depresión de los padres o cuidadores																												
38. Presencia de problemas familiares																												
39. Comportamiento inadecuado frente a un disgusto																												
40. Cambio frecuentes de cuidadores																												
41. Escasas instancias para compartir en familia																												
42. Escasa valorización a la educación																												
43. Escasa vinculación de los padres al sistema educacional																												
44. Escasa tendencia a la prosocialidad y a la cooperación																												
45. Niño no escolarizado																												

Alternativa	Valor
Si	1
No	2

8. ANÁLISIS CUANTITATIVO ENTREVISTA A MEDICOS UNIDAD DE PEDIATRIA

Objetivo General: Conocer las características del maltrato infantil desde el enfoque de la atención médica, lo que permitiría determinar los indicadores y procedimientos más recurrentes que se presenten en los pacientes atendidos por esta causa .

Objetivo específico 1: Determinar los procedimientos más recurrentes que se realizan en los Pacientes atendidos por maltrato infantil.

Alternativa	Valor
Si	1
No	2

1. Dimensión Procedimiento médico en maltrato infantil, Referido a todas aquellas acciones, medicas administrativas realizadas por el equipo de salud, en virtud de atender y hacer frente situaciones de maltrato.

Subdimensión: Atención médica del maltrato infantil

Entrevista

Preguntas de la entrevista	Entrevista		
	1	2	3
01. Se deja registro de la sospecha de maltrato infantil en la anamnesis clínica (historia clínica del paciente previa al ingreso)			
02. Se hospitaliza al menos cuando la sospecha de maltrato infantil es alta y aún no ha sido confirmada			
03. Se incluye el maltrato infantil como diagnóstico médico			
04. Se deja registro de los factores de riesgo en maltrato infantil, en la epicrisis (historia médica del paciente)			
05. Se realiza derivación interna a servicio social			

Objetivo específico 2: Conocer las características físicas y psicológicas, que presentan los niños atendidos por maltrato físico.

2. Dimensión Maltrato Infantil, se entenderá, como toda agresión física o sexual que se ejerza en contra de un niño menor de 18 años o la falta de proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, esto entendido desde el enfoque de la atención médica

Subdimensión: Maltrato físico**Entrevista**

Preguntas de la entrevista	1	2	3
06. Indicadores físicos			
- Quemaduras de puros o cigarros			
- Fracturas múltiples: en el cráneo, nariz o mandíbula ; en el espiral de los huesos largos (brazos , piernas).			
- Heridas o raspaduras: en boca, labios encías u ojos ; en la parte posterior de los brazos , piernas o torso.			
- Lesiones abdominales ; hinchazón de abdomen ; dolor localizado , vómitos constantes.			
- Señales de mordeduras humanas (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son recurrentes)			
- Hematomas subdural con hemorragia retiniana.			
- Dolor de cabeza permanente			
07. Indicadores en el comportamiento			
- Apego al examinador			
- Apego al hospital			
- Se muestra tímido y aprensivo			
- Parece tener miedo a la soledad y a la oscuridad			
- Informa que su padre/ madre le ha causado alguna lesión.			
- Muestra conductas extremas			
- Informa que sus padres le han causado alguna agresión			
- Parece tener miedo a sus padres			
- Cauteloso con respecto al contacto físico			
08. Indagaciones medicas			
- Entrevistas con padres o cuidadores por separado			
- Relación afectiva entre los padres o cuidadores			
- Exámenes médicos			

Objetivo específico 3: Conocer las características físicas y psicológicas que presentan los niños/as atendidos por abuso sexual.

Subdimensión: Abuso sexual**Entrevista**

Preguntas de la entrevista	1	2	3
09. Indicadores físicos			
- Fisuras			
- Equimosis del periné (moretones)			
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.			
- Tiene una enfermedad venérea			
- Tiene la vulva hinchadas o rojas			
10. Indicadores en el comportamiento			
- Rechazo al examinador.			
- Cambios de carácter			
- Miedo			
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales			
- Dice que ha sido atacado por un padre/ cuidador			
- Se orina o defeca durante el examen físico.			
11. Indagaciones médicas realizadas para confirmar la existencia de abuso sexual.			
- Indagaciones físicas			
- Exámenes Imagenológicos			
- Examen Psicológico			

Objetivo específico 4:

Conocer las características físicas y

psicológicas que presentan los niño/as

atendidos por negligencia en los cuidados por parte de la familia

Subdimensión: Negligencia	Entrevista		
	1	2	3
Preguntas de la entrevista			
12. Presencia de enfermedades ocasionadas por negligencia.			
- Desnutrición			
- Enfermedades Epidemiológicas no tratadas			
13. Indicadores físicos			
- Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento e inapropiadamente vestido			
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios necesarios.			
14. Indicadores en el comportamiento			
- Rechazo a los padres o cuidadores			
- Dice que no hay nadie que lo cuide			
- Cansancio o apatía permanentes.			
15. Características de los padres o cuidadores			
- Padres o cuidadores que no muestran interés por el niño/a			
- Padres o cuidadores que no visitan al niño/a mientras se encuentra hospitalizado			

9. ANÁLISIS CUANTITATIVO FICHA FAMILIAR Y MEDICO SOCIAL

Objetivo General: Determinar las características sociodemográficas de los casos atendidos por maltrato infantil y abuso sexual, lo que permita determinar la situación socioeconómica de la familia.

1. Dimensión Antecedentes del niño/a, referido a las características médicas y sociales del niño/a o adolescente.

a. Subdimensión: Sexo del niño según tipo de maltrato

Tipo de Maltrato	Sexo del niño	Casos	Porcentajes
Abuso Sexual	Masculino	2	7.4%
	Femenino	3	10.7%
Maltrato Físico	Masculino	13	46.4%
	Femenino	10	35.7%
Total		28	100%

b. Subdimensión: Quien ejerce el maltrato según tipo de maltrato.

Tipo de maltrato	Quien lo ejerce	Casos	Porcentajes
Abuso sexual	Padre	2	
	Madre	0	
	Ambos Padres	0	
	Familiar	1	
	No familiar	2	
Maltrato físico	Padre	4	
	Madre	11	
	Ambos Padres	6	
	Familiar	1	
	No familiar	1	
Total		28	

c. Subdimensión: Edad del niño/a según el tipo de maltrato

Edad del niño/a	Casos	Porcentajes
0 – 3 años	4	14.3%
4– 6 años	5	17.8%
7 – 12 años	12	42.8%
13 – 18 años	7	25%
Total	28	100%

d. Subdimensión: Tipo de ingreso Hospitalario

Tipo de ingreso	Casos	Porcentajes
Urgencia	20	71.4%
Interconsulta	8	29.0%
Judicial	0	0
Total	28	100%

f. Subdimensión: Escolaridad del niño/a

Escolaridad del niño/a	casos	porcentajes
Pre - escolar	8	28.6%
Básica	15	53.6%
Media	5	17.8%
Total	28	100%

g. Subdimensión: Tipo de establecimiento escolar del niño/a

Tipo de establecimiento	Casos	Porcentajes
Municipalizado	18	64.3%
Particular subvencionado	4	14.3%
Particular	1	3.6%
No asisten por su edad	5	17.8%
Total	28	100%

h. Subdimensión: Estado de salud del niño/a (después del alta hospitalaria)

Estado de Salud	Casos	Porcentajes
En tratamiento Psicológico y/ médico	9	32.1%
Sin tratamiento Psicológico y/o médico	19	67.8%
Total	28	100%

1. Dimensión Antecedentes del grupo familiar, referido a los antecedentes sociodemográficos de la familia

a. Subdimensión: Procedencia Geográfica

Localidad	Casos	Porcentaje
Cerros de Valparaíso	27	96.4%
Plan de Valparaíso	1	3.6%
Total	28	100%

b. Subdimensión: Tamaño de la Familia

Nº de integrantes	Casos	Cantidad de integrantes por familia
2	2	4
3	7	21
4	6	24
5	4	20
6	5	30
7	2	14
8	0	0
9	1	9
12	1	12
Total	28	134

c. Subdimensión: Situación de salud de los integrantes de la familia

Situación de salud de los integrantes de la familia	Casos	Porcentaje
Discapacidad mental	5	9.8%
Trastorno de la personalidad	21	41.2%
Enfermedades crónicas	17	33.3%
Drogodependencias	8	15.7%
Discapacidad física	1	2.0%
Total	52	100%

d. Subdimensión: Tipo de familia

Tipo de Familia	Casos	Porcentaje
Monoparental	6	21.4%
Biparental	6	21.4%
Extensa	15	53.6%
Reconstituida	1	3.6%
Total	28	100%

e. Subdimensión: Jefatura del hogar

Jefatura del hogar	Casos	Porcentajes
Padre	4	14.3%
Madre	11	39.3%
Familiar	12	42.8%
No familiar	1	3.6%
Total	28	100%

f. Subdimensión: Estado civil de los padres o cuidadores

Estado civil de los padres o cuidadores	Casos	Porcentajes
Casado/a	9	32.1%
Soltero/a	6	21.4%
Viudo/a	1	3.6%
Conviviente	4	14.3%
Separado/a de hecho	8	28.6%
Total	28	100%

g. Subdimensión: Ingresos del grupo familiar

Ingresos mensuales	Casos	Porcentajes
0- 135000	13	46.4%
135001- 197500	5	17.9%
197501- más	10	35.7%
Total	28	100%

h. Subdimensión: Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	Casos	Porcentajes
Casa	24	85.7%
Departamento	3	10.7%
Mediagua	0	0%
Otro	1	3.6%
Total	28	100%

i. Subdimensión: Materialidad de la vivienda

Materialidad de la vivienda	Casos	Porcentajes
Sólida	6	21.4%
Mixta	3	10.7%
Ligera	19	67.9%
Total	28	100%

j. Subdimensión: Tenencia de la vivienda

Tenencia de la vivienda	Casos	Porcentajes
Propia	11	39.3%
Arrendada	4	14.3%
Usufructuario	7	25.%
Allegados	6	21.4%
Total	28	100%

k. Subdimensión: N° de dormitorios de la vivienda

N° de dormitorios de la vivienda	Casos	Porcentajes
1 pieza	1	3.6%
2 piezas	11	39.3%
3 piezas	11	39.3%
4 piezas	3	10.7%
Más de 4 piezas	2	7.1%
Total	28	100%

l. Subdimensión: N° de camas

N° de camas	Casos	Porcentajes
2 camas	6	21.4%
3 camas	9	32.1%
4 camas	5	17.9%
Más de 4 camas	8	28.6%
Total	28	100%

m. Subdimensión: Acceso a servicios básicos

Accesos a servicios Básicos	Casos	Porcentajes
Sí	27	96.4%
No	1	3.5%
Total	28	100%

Objetivo General: Establecer la vinculación existente por parte de las familias a redes sociales formales y/o informales de la comunidad a fin de establecer si estas cuentan con apoyo social.

1. Dimensión Redes sociales con las que se vincula la familia, se entenderá como, un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas o instituciones, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo

A. Subdimensión: Redes sociales formales

Redes Formales			
Nivel de Vinculación	Org. / pertenece cada familia	Casos	%
Pasiva	1 – 3	21	75.0%
Media	3 – 5	6	21.4%
Activa	5 – 7	1	3.6%
Total		28	100%

Redes formales	N° de casos que se vinculan con la red	Porcentajes
Hospital	27	96.4%
Consultorio	24	85.7%
Iglesia	5	17.9%
Junta de vecinos	4	14.3%
Club deportivo	2	7.1%
Organizaciones gubernamentales	1	3.6%
Organizaciones no gubernamentales	1	3.6%

B. Subdimensión: Redes sociales informales

Redes Informales			
Nivel de vinculación	Org./ pertenece cada familia	Casos	%
Pasiva	0 – 1	15	53.6%
Media	1 – 2	10	35.7%
Activa	2 – 3	3	10.7%
Total		28	100%
Redes Informales	N° de casos que se vinculan con la red	Porcentajes	
Familiares	19	67.9 %	
Amigos	5	17.9 %	
Vecinos	14	50.0 %	
Sin Vinculación	5	17.9 %	

