



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**MALTRATO INFANTIL: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD  
TÉCNICA Y LOS CONTENIDOS DE LOS SITIOS WEB  
CHILENOS**

**PILAR ALEJANDRA HERNÁNDEZ SILVA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA  
MENCION PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL**

**Director de Tesis: Prof. Ps. Myriam George Lara**

**2007**

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER**

**Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato**

**PILAR ALEJANDRA HERNANDEZ SILVA**

**ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica Infanto-Juvenil en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 10 de Enero de 2007**

**Prof. Ps. Myriam George Lara  
Director de Tesis  
Departamento de Psicología  
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile**

**COMISION INFORMANTE DE TESIS**

**Prof. Manuel Silva**

**Prof. Dr. Rafael Sepúlveda**

**Prof. Ps. María Gabriela Sepúlveda R.  
Presidenta Comisión**

## Dedicatoria

*“It is not always clear from where the great technological leaps forward are going to come. They don’t necessarily come from the work of people in our own field. They may be by-products of people working on some other problem. Another thing we can say about technology is that it is extremely hard to predict. Much of the effort to predict the impact of science on social life has been pretty far off the mark. A big sign on the calendar in the department office where I work says, “Warning: Dates on this calendar are closer than they appear.” The future is arriving at an increasingly rapid pace and, with some imaginative leadership on our part, it may be a future that includes substantially less child abuse” (1).*

"No siempre queda claro de dónde vendrán los grandes avances tecnológicos. No vienen, necesariamente, de gente trabajando en nuestro propio campo. Pueden ser productos inconscientes de gente que trabaja en otros problemas. Y otra cosa que podemos decir sobre la tecnología es que es impredecible. Se han hecho muchos esfuerzos para predecir el impacto de la ciencia en la vida social que han dado resultados muy errados. Un gran letrero puesto en el calendario que cuelga en la oficina del departamento donde trabajo dice: "¡Advertencia! Las fechas en este calendario están más cerca de lo que parecen". El futuro está llegando cada vez más rápido y, con un poco de liderazgo creativo por parte nuestra, puede ser un futuro con mucho menos maltrato infantil" (Finkelhor, 1999)

Dedico este trabajo a Jorge R. Herskovic, mi marido, gracias por compartir conmigo tu pasión por la ciencia y el buen café.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>viii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ix</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>7</b>
Definición de Maltrato Infantil .....	7
Prevalencia e Incidencia del maltrato infantil.....	8
Modelo ecológico aplicado al maltrato infantil .....	9
Factores de riesgo y factores protectores en maltrato infantil.....	14
Manejo del maltrato infantil.....	16
Consecuencias del maltrato infantil .....	17
Promoción y prevención del maltrato infantil.....	19
Investigaciones en prevención del maltrato infantil.....	22
Prevención del maltrato infantil en medios de comunicación masivos .....	24
Internet y salud.....	30
Internet y adolescencia.....	33
Internet en Chile.....	36
Evaluación de sitios web de salud.....	39
<b>Hipótesis y Objetivos</b> .....	<b>44</b>
Hipótesis general.....	44
Hipótesis específicas .....	44
Objetivo general.....	44
Objetivos específicos .....	44
<b>Marco Metodológico</b> .....	<b>46</b>
Población y muestra.....	46
Definición de variables .....	51
1. <i>Calidad técnica del sitio evaluado</i> .....	52
2. <i>Calidad del contenido del sitio evaluado</i> .....	54
3. <i>Encontrabilidad del sitio web evaluado</i> .....	56

4. Origen del sitio web evaluado .....	57
Instrumentos .....	57
Unidad de análisis .....	61
<b>Resultados .....</b>	<b>62</b>
Resultados generales .....	62
Resultados específicos .....	66
<b>Conclusiones .....</b>	<b>82</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>83</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>89</b>
Anexo 1: Listado de la instituciones revisadas que no cumplieron los requisitos de inclusión .....	89
Anexo 2: Documento disponible en Internet para público general sobre maltrato infantil, provisto por la Asociación Americana de Medicina (2003) .....	92
Anexo 3: Listado de los sitios web evaluados de acuerdo a su origen .....	102
Anexo 4: Listado de sitios web con políticas de confidencialidad y privacidad (o ambas)105	

## Resumen

El maltrato infantil es una patología grave de alta prevalencia en Chile y el mundo. Sus consecuencias pueden perdurar por toda la vida. Los medios de comunicación masivos son una herramienta útil para movilizar a la población y prevenir el maltrato infantil en la sociedad. Internet es un medio de comunicación masivo reciente y poco estudiado en sus aplicaciones a la salud mental, que se ha convertido en una fuente de información de salud relevante, que afecta las conductas posteriores de los usuarios. El objetivo de esta investigación fue evaluar la presencia y calidad de la información disponible en la web sobre maltrato infantil para el público general chileno. Se revisaron 750 sitios web, de los cuales 58 cumplieron con los criterios de inclusión. Se agruparon en 3 grupos según su origen: instituciones de gobierno (10), ONGs (14) y otros (34). No se encontró correlación entre la calidad técnica de los sitios evaluados y sus contenidos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de los contenidos desplegados por los sitios web de gobierno y ONGs al compararlos con los de otros orígenes. Se encontraron diferencias significativas al comparar la calidad técnica de los sitios entre estos mismos grupos. El mejor sitio en general fue el de [violenciaintrafamiliar.org](http://violenciaintrafamiliar.org), sitio creado por una ONG. La encontrabilidad<sup>1</sup> de los sitios mejor evaluados fue muy baja. El estado actual de la información sobre maltrato infantil en Internet disponible para el público general chileno es escasa e incompleta. Los sitios web no cumplen con los criterios de calidad técnica mínimos deseables y los contenidos están centrados en la definición del maltrato infantil, sin hacer uso de las posibilidades de realizar promoción y difusión de herramientas de prevención donde Internet ha demostrado ser un medio costo-efectivo útil de intervención en salud pública.

---

<sup>1</sup> Encontrabilidad: Término técnico que denomina la posibilidad de encontrar o recuperar fácilmente la información necesitada en la web, resultado de una correcta arquitectura de la información (2). En inglés: *Findability*

## **Abstract**

Child abuse is a terrible disease, highly prevalent in Chile and in the rest of the world. Its consequences last throughout a person's lifetime. Mass media like television and newspapers are important tools to educate people and to encourage child abuse prevention. The Internet is a relatively recent and powerful mass medium. It is now an increasingly important health information resource. People modify their behavior after looking for health information on the Internet. Little research has been conducted on the applicability of the Internet in mental health. The objective of this project was to measure the presence and quality of child abuse information on the Internet available to Chilean patients. 750 web sites were analyzed, and 58 were included in the final sample. We constructed 3 different groups: government web sites (10), non-governmental organizations' web sites (14), and others (34). We could not find a correlation between the technical quality and the contents of the web sites. We could not find a statistically significant difference between the quality of the contents on government and NGO web sites compared to others' web sites. We found statistically significant differences in technical quality between these same groups. Overall, the best web site was [violenciaintrafamiliar.org](http://violenciaintrafamiliar.org), a site created for a NGO. The findability of the best web sites was very poor. We concluded that the quality of information on child abuse on the Internet for Chilean patients is extremely poor and incomplete. The web sites are not technically satisfactory, and the contents are very basic (mostly just a definition of the problem). We are not using the power of the Internet for promotion and prevention to reduce child abuse in a cost-effective way.

## **Introducción**

El maltrato infantil es un problema mundial que cruza los límites de las naciones y de las diferentes culturas, que provoca preocupación universal entre aquellos responsables del bienestar de las futuras generaciones (3). El maltrato infantil es más frecuente de lo que la mayoría de nosotros puede llegar a pensar o admitir, y actualmente es uno de los problemas psico-sociales de mayor incidencia en la población chilena (4). El maltrato infantil produce múltiples y severas consecuencias en el desarrollo infantil y éstas pueden perdurar por toda la vida (5).

En octubre de 1990 Chile ratifica la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Desde ese momento, nuestros niños pasan a ser considerados sujetos de derecho, como personas contribuyentes al desarrollo del país y de la sociedad con derechos inalienables, y el cuidado de su bienestar se asume como una responsabilidad fundamental de la sociedad, del Estado y del Gobierno (6). Como parte de estas políticas, el maltrato infantil es, actualmente, una de las siete prioridades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Gobierno de Chile (7).

El maltrato infantil tiene una dimensión cultural importante. Los tipos de conductas que son considerados como maltrato infantil difieren de un lugar a otro dependiendo de las normas y estándares locales. Mientras más alejado esté un comportamiento de las normas culturales de un pueblo, es más probable que sea definido como maltrato infantil. Sin embargo, hay prácticas que, aunque estén culturalmente aceptadas, pueden constituir maltrato cuando aumentan la morbilidad y violan ciertos estándares internacionalmente acordados (3). Similarmente, las formas de tratar y manejar los casos de maltrato infantil que se pesquisen serán propios de cada sociedad y de los recursos que ella disponga, por lo que es importante situarse en el marco cultural, social y judicial correcto.

El acceso a información de salud es una prioridad del Gobierno de Chile. Así se establece dentro de la “Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia y su Plan de Acción Integrado 2001 – 2010”. Ésta reconoce la importante función que desempeñan los medios de



comunicación en proporcionar material e información que tenga por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral, y su salud física y mental. Este aspecto también lo señala la Convención de los Derechos del Niño en su artículo 17 (8), ratificada como Ley de la República en 1990. Las fuentes de información sobre maltrato infantil para el público general han sido tradicionalmente los medios de comunicación abierta: radio, televisión, revistas y periódicos. Hoy, uno de los medios de comunicación más masivos y en crecimiento es Internet (9).

El maltrato infantil se origina en la sociedad y en las personas, es el resultado de acciones de las organizaciones sociales (gobiernos, grandes organizaciones o iglesias) junto con los individuos (3). Una forma de entender cómo se organiza el universo en torno a la familia que sufre maltrato es a través del modelo ecológico de Belsky (10) que plantea la existencia de cuatro sistemas que van desde lo individual hasta lo universal: el ontosistema (la persona), el microsistema (la familia), el exosistema (organizaciones sociales) y el macrosistema (las creencias culturales). Los medios de comunicación se encuentran en la dimensión intermedia: el exosistema, donde se agrupan las instituciones que transmiten a los individuos las creencias culturales. La información que los medios de comunicación proporcionan a los individuos puede actuar de diversas maneras sobre cada miembro de la sociedad, resultando en factores de riesgo o protectores en la génesis del maltrato infantil. Es así que podemos plantear que la difusión de contenidos sobre maltrato infantil en Internet, como por ejemplo dar a conocer los derechos de los niños, desmitificar conductas y/o entregar herramientas saludables de crianza, aumenta los factores protectores a nivel de la comunidad. Además, al ser Internet un medio interactivo, puede también actuar en el microsistema del modelo de Belsky. Por ejemplo, puede reducir el aislamiento social de la familia, poniendo en conocimiento de las víctimas y de los cuidadores las distintas instituciones que ayudan a prevenir y tratar el maltrato infantil, o permitirles el acceso a grupos de apoyo.

El maltrato infantil es una situación social que acarrea un estigma en la sociedad chilena tanto para el niño que lo sufre como para toda la familia involucrada. La estigmatización genera discriminación, ostracismo y persecución, y puede causar sentimientos de vergüenza y humillación en el niño afectado. Consecuentemente, las personas con condiciones de salud

estigmatizadas socialmente las esconden o evitan situaciones donde éstas puedan ser reveladas. Esfuerzos por esconder estas enfermedades frecuentemente demoran un diagnóstico y tratamiento apropiado (11). La informalidad de Internet disminuye la necesidad de la persona de auto-identificarse como portador de una enfermedad estigmatizante, antes de buscar información o ayuda. Para muchas personas la etiqueta de “enfermo mental” o “loco” está implícita al visitar un psiquiatra, una clínica o un consultorio de salud mental. La información en Internet puede ser obtenida casualmente sin clasificar a nadie con alguna enfermedad. Esta informalidad hace que buscar información de salud en Internet sea menos intimidante y que personas que efectivamente padecen alguna enfermedad estigmatizante recurran con mayor frecuencia a Internet para leer sobre temas de salud, hablar con su médico u otras actividades relacionadas a su tratamiento (11).

El maltrato infantil aparece como un campo especialmente fértil a la hora de aprovechar las ventajas del acceso a información de salud en Internet, considerando su alta prevalencia, y su carácter de “enfermedad tabú” en nuestro país. Internet da la posibilidad de obtener información de manera confidencial y privada, y esta información está disponible permanentemente, las 24 horas del día y sin limitaciones geográficas más que las impuestas por el acceso a un computador con conexión Internet.

No existen publicaciones en Chile que aborden la problemática del maltrato infantil en Internet y existen escasos informes que evalúen la información de salud mental en Internet en el mundo. Uno de ellos investigó la presencia y calidad de sitios web sobre violencia intrafamiliar, específicamente la violencia contra la mujer y, en él, se establece que los sitios web del gobierno y de las universidades presentan información bien equilibrada y con un alto grado de exactitud (12)

La calidad de la información en sitios de salud en Internet es extremadamente variable (13). Muchos de los esfuerzos actuales de la comunidad médica internacional se orientan a desarrollar un sistema automatizado confiable para reconocer los sitios web de salud de calidad. Los profesionales de salud (médicos, enfermeras, psicólogos y otros) necesitan enseñar a sus pacientes y familias herramientas para evaluar los sitios web que visitan. Los

profesionales deben, además, preguntar sobre qué, cuánto y cómo utilizan la información que obtienen para orientarlos y complementar la atención de salud (14).

Cline y Haynes sugieren ver la información en Internet sobre temas de salud no sólo como una actividad de diseminación de información sino que más bien como un proceso de comunicación. Internet refleja un cambio de paradigma, ya que ofrece interactividad e influencia recíproca, apuntando más hacia una transacción que a un proceso de una sola vía, uniendo la comunicación interpersonal con la masiva (15). En Internet es posible tener una actitud pasiva, por ejemplo leyendo sitios web<sup>2</sup> de noticias o viendo vídeos. Al mismo tiempo, es muy fácil cambiar a un rol activo, participando en foros o publicando vídeos caseros, entre otras actividades, y toda esa información es intrínsecamente tan fácil de encontrar como la creada por una gran empresa o un gobierno.

Estas características de ser un medio de comunicación masivo, de bajo costo, ágil, confidencial, factible de ser personalizado para ofrecer un producto a la medida y que permita una interacción con la población convierten a Internet en una herramienta especialmente interesante de considerar a la hora de planificar estrategias de promoción y prevención en salud mental y especialmente en maltrato infantil (17).

En esta tesis se espera conocer el estado de la información en Internet disponible sobre maltrato infantil para el público chileno. También se desea evaluar la calidad técnica y de los contenidos que estos sitios web presentan. Además, se precisará si el acceso a la información estudiada es adecuado o no: encontrabilidad (¿Qué tan fácil es encontrar un buen sitio web dedicado al maltrato infantil usando un buscador automatizado como Google, por ejemplo?) y caracterizar los sitios web que proveen la información más completa. Dado que no existe un instrumento único y validado de evaluación de la calidad de los sitios web con información de salud, se construyeron 2 instrumentos con este fin. Para construir la muestra se realizaron sucesivas búsquedas automatizadas y manuales con el fin de aislar la mayor cantidad de sitios web chilenos con información sobre maltrato infantil orientada al público chileno.

---

<sup>2</sup> Web: Red informática (16)

Este estudio será el primero en explorar la calidad de la información disponible en Internet en un tema de salud mental para el público chileno. Basado en la literatura extranjera (12, 18) es esperable encontrar que los sitios ligados al gobierno y a las universidades sean los que entreguen los mejores contenidos sobre maltrato infantil. Sin embargo, dado lo incipiente que es el uso de Internet en Chile y su aún moderado desarrollo (9, 19), también es esperable que la información relativa a maltrato infantil sea escasa e incompleta y de difícil acceso con las herramientas de búsqueda habituales.

Conocer la calidad de la información disponible en Internet sobre el maltrato infantil potencialmente permitirá a los profesionales de la Salud Mental promover su uso como canal de información confiable. También permitirá implementar medidas para la corrección de la información y su posterior difusión. Esto ayudará a construir un medio permanente de promoción y prevención del maltrato infantil para la comunidad chilena y de esta manera, a largo plazo, impactar la prevalencia de maltrato infantil en Chile. Para la psicología clínica infanto-juvenil es fundamental afianzar en la población el conocimiento sobre el maltrato infantil y desarrollar estrategias costo-efectivas de prevención que puedan alcanzar a la mayor población posible. Las estrategias basadas en Internet pueden ser una herramienta clave en esta misión. Concluida esta tesis, los psicólogos y psiquiatras clínicos contarán con un instrumento sencillo y rápido de aplicar para evaluar la calidad técnica de un sitio web y con un listado de los mejores sitios web con información referente a maltrato infantil disponibles para sus pacientes o público general.

El maltrato infantil en EEUU "...es un serio, pero prevenible problema de salud pública. Es posible lograr un impacto inmediato mejorando la recolección de datos sobre los niños maltratados, educando en las habilidades parentales y promoviendo programas que representen lo mejor de estrategias de prevención en maltrato infantil. Nuestro objetivo final es crear un contexto social donde el maltrato infantil no sea tolerado y donde la prevención y las intervenciones estén basadas en la evidencia, sean eficientes, ampliamente disponibles y socialmente valoradas" (20). Chile cuenta con un marco instrumental (6, 7, 21, 22) adecuado para implementar nuevas estrategias de prevención. Por lo tanto, aprovechar este marco y

explorar herramientas nuevas como Internet que puedan proporcionar dichas estrategias, es lo que motiva esta tesis.

## **Marco teórico**

### Definición de Maltrato Infantil

El maltrato infantil puede ser definido de múltiples maneras. Garbarino reconoce 4 criterios involucrados en la definición de maltrato: la intencionalidad del acto u omisión, su efecto sobre el niño, el juicio valórico que hace la comunidad respecto de la acción y los patrones socioculturales empleados para construir este juicio (23).

En esta tesis se trabajará con la definición contemplada en los documentos del Ministerio de Salud Chile (MINSAL), donde se define maltrato infantil como toda “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 excedan los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgreda el respeto a los derechos del niño” (22). El maltrato infantil puede ser intrafamiliar o extrafamiliar.

Se reconocen 4 grandes tipos de maltrato:

- Maltrato físico: cualquier agresión física no accidental por parte de padres o cuidadores, que cause daño físico, psicológico o social en el niño, o lo ponga en grave riesgo de padecerlo. Implica el uso de la fuerza para provocar daño, incluyendo todos los daños resultantes de castigos físicos severos y agresiones deliberadas con instrumentos o sin ellos.
- Maltrato psicológico: es el hostigamiento verbal habitual a través de insultos, críticas constantes, descalificaciones, ridiculizaciones y, en general, actitudes y comportamientos que implican un detrimento sistemático de su autoestima o causen o puedan causar trastornos en su desarrollo emocional, social e intelectual. Se expresa en actitudes o conductas por parte de los padres o cuidadores, como rechazar, aterrorizar, aislar e ignorar. También comprende la participación en constantes disputas familiares y ser testigo de violencia conyugal.

- Negligencia o abandono: aquella situación crónica donde las necesidades físicas y/o psicológicas básicas del niño (alimentación, vestuario, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos o de salud, estimulación cognitiva, interacción o contacto, afecto) no son atendidas temporal o permanentemente por los adultos responsables de su cuidado o por ningún miembro del grupo familiar que convive con el niño, disponiendo o teniendo acceso a los medios y recursos socioeconómicos para satisfacerlas, afectando su integridad física y psicológica.
- Abuso sexual: cualquier clase de contacto o actividad sexual con una persona menor de 18 años por parte de una persona que se encuentra en una posición de poder o autoridad, con el fin de estimularse o gratificarse sexualmente, no importando que se realice con el consentimiento de la víctima, pues este carece de los conocimientos necesarios para evaluar sus contenidos y consecuencias. Se utiliza la relación de confianza, dependencia o autoridad que el abusador tiene sobre el niño o niña (21).

### Prevalencia e incidencia del maltrato infantil

En una encuesta nacional llevada a cabo por Finkelhor durante el año 2003 se estableció que 1 de cada 7 niños o adolescentes estadounidenses sufrió alguna forma de maltrato infantil durante ese año (incidencia: 138/1000). El maltrato psicológico fue el tipo de maltrato más frecuentemente pesquisado. Niños y niñas experimentan tasas similares de maltrato en todas sus formas, excepto para el abuso sexual que es más frecuente en las niñas en todos los rangos etarios. Las tasas de maltrato infantil fueron en promedio menores para pre-escolares que para niños en educación básica o media. El maltrato físico fue especialmente alto entre los adolescentes, mientras que la negligencia o abandono se pesquisó igualmente en todos los rangos etarios (24). A la luz de los hallazgos de esta encuesta, Finkelhor propone que para muchos niños, incluyendo aquellos víctimas de abuso sexual, es más preciso considerar el maltrato como una condición crónica que como un evento traumático (24).

La prevalencia del maltrato infantil en Chile para todas las formas de violencia llega al 73,6% (25) mientras que la prevalencia del maltrato grave se estima en un 25% (25, 26).

### Modelo ecológico aplicado al maltrato infantil

El modelo ecológico desarrollado por Bronfenbrenner propone que los niveles del sistema comienzan con un individuo y se expanden para incluir la familia, los barrios, comunidades y gobiernos que influyen las conductas individuales en diferentes grados. Garbarino describe un modelo de ecología humano con 4 componentes específicamente aplicado al maltrato infantil:

1. Entender cómo un individuo se adapta a su ambiente
2. Estudiar cómo diferentes sistemas afectan al individuo
3. Examinar la “habitabilidad” social de un ambiente
4. Considerar la política, economía y demografía (21)

Este marco fue posteriormente desarrollado más extensamente y aplicado específicamente a la pregunta de ¿cuál es la etiología del maltrato infantil? por Belsky para incluir como interactúan entre sí los distintos sistemas. En su artículo, Belsky no consideró el abuso sexual en el contexto del maltrato infantil (27).

Bronfenbrenner llamó la atención sobre como “en la ecología del desarrollo humano y así también en la etiología del maltrato infantil- agrega Belsky- lo primordial a tener en cuenta es la gran tendencia a existir interacciones” (10). Belsky fue capaz de explorar y delinear las interacciones que ocurrían entre los diferentes sistemas. En esta tesis se trabajará en base al modelo ecológico propuesto por Belsky. Este modelo se escogió por ser el que mejor ilustra como los medios de comunicación y, en el caso particular de análisis de esta tesis, Internet, son capaces de interrelacionarse de manera dinámica con las creencias, instituciones y con las personas que están afectadas por el maltrato infantil, constituyéndose en factores de riesgo o protectores que afectan en un nivel último la ocurrencia o no del maltrato infantil y, por lo tanto, su prevalencia en nuestra sociedad.



El modelo consta de 4 niveles de análisis:

#### 1. Ontosistema:

Es la dimensión individual, donde se consideran las características propias de la víctima, agresor u cualquier otro integrante de la familia (21). Existen factores individuales de distinta naturaleza:

- Características de personalidad de los niños y los padres. Se ha descrito una asociación entre padres con baja autoestima, incapacidad para controlar sus impulsos y baja empatía, y maltrato a sus hijos (10)
- Edad y salud física de los niños. Los niños prematuros y/o con algún impedimento físico tienen tasas de maltrato infantil notoriamente mayores que niños controles (10)
- Filosofías o creencias de los padres sobre disciplina
- Psicopatologías severas que, si bien no constituyen un porcentaje relevante dentro de los casos de violencia (1-5%), su presencia conlleva sintomatología que favorece la emergencia de violencia hacia otros miembros del grupo, como son la tendencia a la irritabilidad, inestabilidad emocional, episodios de ira, falta de control de impulsos (4, 10)

#### 2. Microsistema:

Se refiere a los elementos estructurales de las familias que viven relaciones violentas, las pautas específicas en que interactúan. En este sentido, en las familias donde existe maltrato, encontramos:

- Pautas de comunicación deficitarias
- Escasas habilidades de negociación
- Altos niveles de dependencia entre sus miembros
- Baja autonomía
- Baja flexibilidad
- Invisibilización del maltrato
- Sistemas familiares cerrados (4)

La invisibilización del maltrato se refiere a aquellas familias donde el uso de la violencia está justificada por sus creencias (4). Un factor crucial para esta invisibilización es frecuentemente que haya experiencias de violencia en las familias de origen de los padres. La violencia al interior de la familia presenta una característica transgeneracional, es decir, niños que sufren violencia –ya sea como sujetos de maltrato o como testigos de éste- presentan una alta probabilidad de convertirse en adultos maltratadores (28). Esto también se denomina la transmisión intergeneracional del maltrato. Estos comportamientos se aprenderían desde la infancia e involucrarían pautas de apego inseguro o desorganizado (10).

Los sistemas familiares cerrados son aquellos que privilegian las interacciones en forma casi exclusiva entre los miembros del grupo familiar nuclear, dificultando el establecimiento de redes de apoyo. En este tipo de organizaciones familiares, cualquier situación de tensión podría constituirse en un factor de riesgo para la ocurrencia de episodios de violencia, ya que si los recursos de la familia no son suficientes para enfrentar tal situación, y ante la dificultad de encontrar fuentes de apoyo externas a la familia, la tensión familiar sobrepasará los límites tolerables y las conductas violentas serán altamente probables. En estas ocasiones, generalmente son los niños los que corren el mayor riesgo, convirtiéndose a menudo en una especie de “chivos expiatorios” de las crisis (28).

### 3. Exosistema:

Es la dimensión intermedia. Se refiere al entorno social inmediato de la familia. Por ejemplo:

- Comunidad a la que pertenece la familia o familia de pares.
- Instituciones educacionales
- Empresas y organizaciones laborales
- Instituciones recreativas
- Iglesias
- Medios masivos de comunicación
- Factores situacionales

El funcionamiento de dichas instituciones y los mensajes que emiten constituyen un factor fundamental en la presencia o disminución de la violencia (29).

Las instituciones laborales (empresa, negocio, industria), religiosas (iglesias, grupos religiosos, comunidades), recreativas (clubes deportivos, centros de madres, gimnasios), entre otras, cumplen un rol fundamental dentro de lo que se denomina la ecología del maltrato. Conforman, en conjunto, el contexto inmediato en que se desenvuelve la familia y, en ese sentido, pueden facilitar u obstaculizar un adecuado enfrentamiento de la situación de violencia (28).

La calidad y fortaleza de las redes que establezca la familia con cada una de estas instancias serán determinantes, ya que se ha observado que las familias que presentan un mayor aislamiento respecto del medio en que están inmersas poseen un mayor riesgo de vivir situaciones de violencia al interior del grupo (4). Las familias maltratadoras tienen redes de pares más pequeñas, menos contacto y reciben menos ayuda de sus familias de origen y otros familiares. Se sienten más solas, están más aisladas socialmente, son menos propensas a tener un teléfono y tienden a mudarse más frecuentemente. Se ha estudiado que algunas de estas situaciones no les pasan simplemente, sino que ellos mismos contribuyen de alguna manera a que les sucedan: los padres maltratadores no usan los recursos comunitarios disponibles, no se integran en las actividades de la comunidad, incluyendo las asociadas a la iglesia y no discuten sus problemas con nadie (10).

Los medios masivos de comunicación (televisión, radio, diarios, Internet) pueden contribuir positivamente a la educación de la población respecto al maltrato infantil (por ejemplo informando sobre la nueva Ley de Violencia Intrafamiliar y sus implicancias) o, por el contrario, avalar los estereotipos y creencias sociales que están en la base de las situaciones de violencia. Por ejemplo, los diarios que culpabilizan a la víctima de una situación de violencia a través de titulares tales como “Madre arremete a hijo porque lloraba todo el día” o “Esposo golpeó a su mujer porque la pilló con otro” (29)

Finalmente, otros factores que también están presentes dentro del exosistema son los denominados “situacionales”, tales como: el estrés ligado a situaciones de cesantía o trabajo inestable, situaciones de hacinamiento habitacional u otros, los que tienen un fuerte impacto

en la presencia y mantención de la violencia (29) La pobreza, la falta de escolaridad y el desempleo también han sido relacionados con maltrato infantil (10).

#### 4. Macrosistema:

Es su dimensión más amplia. Involucra la organización cultural/social que una sociedad adopta, con las creencias, valores y estilos de vida que ésta promueve. Cada uno de estos elementos está representado en las distintas instituciones e instancias que rigen el ordenamiento de la población en forma global. Tales como:

- El Estado, con las políticas y lineamientos gubernamentales, a través de los cuales se expresa la importancia que tiene cada problemática dentro de las prioridades existentes en el país, cuáles son las acciones planificadas para enfrentarlas y a través de qué medios se llevarán a cabo (ej: Plan Nacional de Protección a la Infancia, Plan Nacional de Salud Mental)
- El Congreso Nacional, que norma lo permitido y prohibido (legal o ilegal) dentro de la sociedad y el Poder Judicial, que sanciona y determina las penas correspondientes para quienes resulten agresores y fija los sistemas de protección para las víctimas de maltrato (ej: Ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar y tribunales de familia)
- La economía del país, que incide en forma importante en la posibilidad que tiene el Estado para abordar el problema, es decir, la cantidad de recursos que puede destinar a su enfrentamiento, ya sea educación, rehabilitación, control o protección de las personas y familias que se ven afectadas
- Las instancias de protección y/o control social, que se refiere a todas aquellas instituciones y organizaciones encargadas de llevar a cabo los planes desarrollados en instancias superiores. Entre éstas se encuentran los hospitales, consultorios jurídicos, municipios, carabineros, organizaciones sociales, hogares de protección al menor, entre otras.
- Las creencias y valores socio-culturales, que se refieren a la posición que adopta la sociedad respecto al problema, la que se encuentra mediada por un conjunto de creencias en relación a la familia, a la maternidad, paternidad, ser niño, al rol de los hijos, a los estilos de crianza y disciplina permitidos (29).

Un argumento central de la perspectiva ecológica del maltrato infantil es que la tolerancia social a niveles altos de violencia facilita la aparición de la violencia familiar. Es un hecho que, en culturas donde el castigo corporal es raro, el maltrato infantil es escaso; por ejemplo, Japón, China y Tahití (10). La literatura sugiere que el maltrato infantil ocurre en menor medida en culturas en las cuales los niños son considerados como individuos altamente valorados por su utilidad económica, como continuadores de la cultura de ese pueblo y como fuente de satisfacción emocional (3)

La existencia de un marco legal adecuado para el manejo de la violencia doméstica es de gran importancia. En la legislación vigente se enfatiza la sanción al infractor más que la prevención del problema y la recuperación del afectado (6). En Chile no existe una ley específica para el maltrato infantil. En tribunales se aplica la Ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar: Que sanciona y establece las normas de procedimiento en relación con los actos de violencia intrafamiliar. En ella se sanciona por separado el maltrato intrafamiliar del extrafamiliar, así como también se consideran distintos procedimientos si el niño sufre lesiones leves o de mayor gravedad como resultado del maltrato.

En resumen, aunque la mayoría de los casos de maltrato infantil ocurren en la familia y “a puertas cerradas”, este debe ser contextualizado. Actitudes corporales, valores y prácticas, así como circunstancias económicas de la sociedad y su historia cultural, juegan un rol importante en la etiología del maltrato. Incluso aunque ellas no tengan ningún sentido como causa inmediata del maltrato infantil, crean una tierra fértil para que estas prácticas puedan crecer y florecer (10).

#### Factores de riesgo y factores protectores en maltrato infantil

En cada nivel del sistema se pueden enumerar factores de riesgo y factores protectores para la ocurrencia del maltrato infantil. Ningún factor de riesgo explica por sí solo la ocurrencia del maltrato; para que el maltrato efectivamente se produzca, se requiere de la acumulación de factores de riesgo asociados a una presencia insuficiente de factores protectores (6, 10, 21).

En el ontosistema o afectando a cada individuo que participa de la familia podemos encontrar los siguientes factores de riesgo:

De los padres:

- Padres maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia
- Madre adolescente
- Padres con patología psiquiátrica, alcoholismo o adicción
- Padres con baja tolerancia al estrés (6)

Del niño:

- Recién nacido con malformaciones o prematuro
- Niño portador de patología crónica y/o discapacidad física o psíquica
- Niño con conducta difícil (6, 10)

A nivel familiar (microsistema) se incluyen:

- Aislamiento social; los padres maltratadores suelen ser desconfiados y recelosos de las instituciones y redes sociales, lo cual aumenta su vulnerabilidad a presiones ambientales como el desempleo, la marginalidad, las demandas de una familia numerosa u otras responsabilidades (23)
- Familias monoparentales (6)
- Familias numerosas, con hijos muy seguidos y embarazos no planificados (10)
- Discordancia entre las expectativas de la familia y las características del niño (6)

Dentro de los factores de riesgo a nivel del entorno (exosistema) se reconocen:

- Aceptación cultural de la violencia
- Ausencia o insuficiencia de redes comunitarias de apoyo
- Ausencia o insuficiencia de instituciones de control formal e informal al maltrato infantil
- Condiciones de vida difíciles, marginación, cesantía, pobreza (6, 21)

Los factores protectores son influencias que modifican o disminuyen el impacto de las variables de riesgo, cualquiera sea su naturaleza u origen. A diferencia de los factores de

riesgo, actúan preferentemente mediante procesos de interacción y no sólo por influencia benéfica. No generan, necesariamente, efectos directos sino que influyen en la respuesta de las personas y los sistemas frente a situaciones de riesgo. Son cualidades (edad, género), conocimientos, actitudes y capacidades tanto como experiencias personales y familiares positivas. El mecanismo de acción de los factores protectores es también distinto al de los factores de riesgo:

- Operan mediante efectos directos e indirectos y en reacciones en cadena a través del tiempo,
- Frecuentemente son detectables sólo por su impacto en impedir o dificultar el inicio y/o la mantención de la violencia o maltrato,
- Su expresión depende de la presencia de situaciones de riesgo (6)

En la práctica es posible reconocer, más que formas de interacción protectoras, ciertas características que expresan una mayor sensibilidad de la familia frente a las influencias protectoras. Estas características son:

- Relaciones afectivas de buena calidad
- Experiencias intrafamiliares favorecedoras de autoestima positiva
- Familia que vive, como grupo, una etapa de mayor plasticidad
- Reciprocidad en la interacción, especialmente con el niño
- Interacciones variadas y con significado
- Enseñanza y aprendizaje de destrezas sociales
- Participación en instituciones y organizaciones
- Acceso a atención de salud oportuna y eficiente (6)

### Manejo del maltrato infantil

El diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil son funciones eminentemente multiprofesionales, requiriéndose el trabajo conjunto y coordinado de personal de salud (médicos, psiquiatras y psicólogos), jueces, policías y otros.

Al examinar las necesidades de las familias que maltratan a sus hijos, se hace evidente que la integración y coordinación de los servicios de asistencia es crítica para que las intervenciones sean efectivas. Las intervenciones pueden ir desde proveer necesidades concretas, intervención en crisis, servicios de apoyo, educación en desarrollo infantil y habilidades parentales, hasta una intervención psicoterapéutica más profunda (30). Cualquier modalidad de tratamiento de los problemas generales y los aspectos especiales de la violencia intrafamiliar debería incluir iniciativas comunitarias y esfuerzos amplios y multidisciplinarios en una participación coordinada de la sociedad (6).

### Consecuencias del maltrato infantil

Las consecuencias del maltrato infantil se han ido revelando como importantes y de largo efecto. Desde una perspectiva ecológica es posible clasificarlas de acuerdo al nivel donde ejercen su acción. Aquellas que afectan al individuo (componente ontosistema del modelo ecológico) son las más frecuentemente descritas e incluyen:

- Erickson reconoció alteraciones en la regulación de los afectos que abarcan toda la infancia. Observó que niños pequeños maltratados son más irritables, frustrados y no cooperadores durante una actividad experimental que niños no maltratados de edad comparable (30). Durante la edad preescolar, estos niños también manifiestan mayor hiperactividad, distractibilidad, falta de auto-control y un alto nivel de afecto negativo. En segundo nivel transición de educación parvularia (5-6 años), los niños maltratados son vistos como menos atentos, agresivos y hiperactivos por sus profesores (30).
- Diferentes estudios han mostrado alteraciones en el desarrollo del apego en los infantes maltratados, siendo más prevalentes los apegos inseguros o atípicos/desorganizados en este grupo (30).
- El desarrollo del sí mismo también se ve alterado en los niños que han sufrido maltrato; la mayoría de los niños maltratados tienen negativas representaciones de sí mismos. Egeland, Kaufman y Cicchetti observaron evidencia de baja auto-estima,



sensación de falta de competencia y más síntomas depresivos que en niños no maltratados (30)

- Las consecuencias del maltrato también se extienden al desempeño escolar, tanto al rendimiento académico como a la relación con los pares. Erickson, como parte de un estudio prospectivo longitudinal, encontró que los niños que sufren negligencia son los que muestran los problemas más severos en el colegio, con un peor desempeño en las evaluaciones cognitivas comparados con los niños abusados física o sexualmente. Sin embargo, todos los niños maltratados muestran peor desempeño, tanto en matemáticas como en lectura, al ser comparados con sus pares no maltratados(30).
- La agresividad y el comportamiento delictual también se correlacionan con el abuso físico (31) Garnefski y Riggs condujeron estudios que reportaron una asociación entre el maltrato físico y las conductas de riesgo y el comportamiento suicida, especialmente en adolescentes. Los adolescentes abusados físicamente tienen mayor tendencia a adoptar comportamientos que dañan su salud como fumar cigarrillos, consumir drogas y tener sexo sin protección (31)
- El maltrato infantil se ha asociado también con una amplia variedad de trastornos psiquiátricos incluyendo trastornos depresivos, ansiosos, trastornos de conducta y abuso de sustancias (31)

Respecto al agresor, otro componente del ontosistema, se han descrito múltiples consecuencias, entre las cuales destacan:

- Sentimientos de culpa
- Dificultades de comunicación del problema o negación
- Aislamiento del resto de la familia, de los amigos y sentimientos de soledad
- Baja autoestima e inseguridad personal
- Sentimientos de impotencia frente al problema
- Síndromes angustiosos y problemas laborales

Tal vez uno de los efectos más dramáticos del 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/a. En este sentido, se ha observado que una

consecuencia de una experiencia 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 con 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/a 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 más adecuada (4)

La familia como grupo también experimenta una serie de consecuencias a raíz del maltrato. Entre las alteraciones del microsistema familiar encontramos:

- Aislamiento de la comunidad
- Pérdida de confianza al interior del grupo
- Tensión y estrés
- Conflictos paralelos entre los miembros

Finalmente, se han descrito consecuencias del maltrato infantil que involucran un análisis mas global y afectan a la sociedad en su conjunto modificando el exosistema:

- 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 (4)
- Gastos de recursos en atenciones médicas, policiales y judiciales (estos costos se pueden medir con el indicador AVISA: años de vida saludable perdidos por muerte prematura y discapacidad (7))

### Promoción y prevención del maltrato infantil

El propósito de las acciones de promoción y prevención en salud mental es la disminución del impacto negativo que el estrés psicosocial tiene en el bienestar individual y colectivo. Este objetivo se logra favoreciendo el desarrollo de factores protectores, modificando los de riesgo

y disminuyendo las inequidades mediante la priorización de las acciones en los grupos más vulnerables y con menos recursos (7).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría plantea que las acciones de promoción y prevención en salud mental deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias por lo que son, necesariamente, intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud. Las políticas de Estado deben estar orientadas a superar las causas de la mayor carga psicosocial producto de las desigualdades, no sólo de ingreso sino de oportunidades (7).

De acuerdo a la experiencia de países que han realizado esfuerzos de Estado para elevar el nivel de salud mental de su población, el Plan ha definido estratégicamente acciones en aquellos ámbitos en que éstas alcanzan la mayor cobertura y efectividad, tales como las escuelas, los lugares de trabajo, los barrios y las poblaciones. Por la cobertura casi universal, su alta recepción de parte de la población y la evidencia de su capacidad para reflejar actitudes y modificar comportamientos, la comunicación social es otra estrategia intersectorial prioritaria del plan (7).

Una de las estrategias fundamentales para proteger la salud mental impulsada en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría es el desarrollo de habilidades para el fortalecimiento de las personas, familias y grupos, y la promoción de un estilo de vida favorecedor de la salud mental. El estilo de vida se aprende en la interacción con los demás y con el ambiente, en los entornos naturales en los que transcurren las distintas etapas vitales de las personas. Otra estrategia contemplada en el plan es aumentar el grado de cohesión social, creando un tejido social protector y favorecedor del desarrollo humano, disminuyendo la intensidad y complejidad de las demandas y desafíos de la vida (7).

La prevención primaria del maltrato infantil incluye impedir que la violencia física, emocional o sexual se haga parte de las relaciones familiares. Para ello la sociedad debe transmitir como inaceptable el uso de recursos violentos en la socialización de los niños y, al mismo tiempo,

brindar pautas de crianza no maltratadoras (23). Este marco familiar debe ser avalado por las leyes, la cultura, la educación, la religión y los medios de comunicación (32). La sensibilidad cultural y el acceso y uso de la información pueden considerarse las herramientas más importantes en el progreso hacia una sociedad menos violenta (32). Una etapa importante dentro de la promoción y prevención es la concienciación, definida como el proceso de proporcionar información a la población de forma que pueda responder de manera eficaz a los factores que la afectan (33)

El Comité Estadounidense para el manejo de Maltrato Infantil estableció que sólo un sistema universal de intervenciones tempranas, basado en la creación de comunidades alertas, podrá proveer una base efectiva para disminuir el maltrato infantil a largo plazo (34).

Intervenir en el maltrato infantil con acciones preventivas y precoces debiera tener un alto impacto social, aunque éste sólo pueda expresarse a mediano plazo. Contribuir a la superación del maltrato, rompiendo el ciclo de la violencia doméstica, significa no sólo mitigar el sufrimiento del niño, sino también promover un ciclo de mayor bienestar psicosocial y de formas de convivencia que superen el uso de la violencia (6). En la medida en que los factores de riesgo y protectores tienen relación con las condiciones de vida de la familia, la responsabilidad de realizar acciones para abordar el problema del maltrato infantil recae en todos los servicios públicos involucrados en las políticas sociales del Gobierno y que constituyen elementos de la red social más especializada. La responsabilidad recae también en las organizaciones de la comunidad, naturales o entrenadas (6)

La prevención del maltrato infantil es especialmente atractiva por dos razones:

- La prevalencia del maltrato infantil en la población general es sorprendentemente alta
- El éxito en el tratamiento de los niños y sus familias una vez que el maltrato ha ocurrido es limitado (35)

## Investigaciones en prevención del maltrato infantil

En una encuesta conducida por D. Finkelhor y J. Dziuba-Leatherman en EEUU, al año 1992, el 67% de los niños entre 10 y 16 años había recibido algún tipo de programa de prevención del maltrato en la escuela. El 95% de los niños dijeron que recomendarían estos programas a otros niños y casi 72% los describieron como útiles. Respecto de la información que los programas de prevención entregan: el 17% de los niños dijeron que eran cosas que ellos ya sabían, 5% cosas que primariamente ellos desconocían y el 78% una mezcla de cosas que ellos sabían y no sabían (36). Respecto al uso dado a las habilidades enseñadas: 40% de los niños dijeron que les habían sido útiles para apartarse de peleas o evitar extraños sospechosos. Los programas de prevención mejor evaluados fueron aquellos que incorporaron la posibilidad de que los niños practicaran situaciones en clases, durante varios días y con material para ser llevado a sus casas para discutirlo con sus padres. Programas que incluían exhortaciones como “decirle a un adulto” tuvieron pobres evaluaciones. No se encontraron diferencias dependiendo de la persona que impartía el programa (36). Las niñas tendieron a encontrar los programas más interesantes, útiles y llenos de información nueva. Las niñas y niños pequeños tuvieron mayor tendencia a reportar que habían usado lo aprendido y más niñas que niños dijeron haber ayudado a un amigo con la información que obtuvieron. Los niños afroamericanos y de estratos socioeconómicos pobres mostraron mayor tendencia a encontrar los programas útiles y a usar la información aprendida. Los autores recomiendan 4 estrategias a incluir en los programas de prevención de maltrato:

- Asegurarse de que los niños discutan los contenidos del programa con sus padres. Esto aumenta la posibilidad de que los conceptos aprendidos sean utilizados
- Deben incluir como aspecto relevante el cómo lidiar con el matonaje (*bullying*) y amenazas de otros niños
- Deben mejorar su llegada a los niños varones
- Educadores e investigadores necesitan entender y capitalizar el especial interés que estos programas despiertan entre las poblaciones más desfavorecidas y minorías (36)

Al realizar un seguimiento de la muestra utilizada en su encuesta de 1992 (entre 8 y 24 meses después de la primera entrevista), Finkelhor y colaboradores encontraron que el 28% de los

niños había sufrido al menos una forma de maltrato grave durante ese período. Las más frecuentes fueron: una golpiza por parte de una persona no-familiar (14%), golpiza por uno de los padres (4%), golpiza por un familiar excluyendo a los padres (3%), abuso sexual (6%), entre otros (37). Los programas de prevención no disminuyeron la incidencia del maltrato experimentada por estos niños. Sin embargo, se encontró una asociación positiva entre programas de prevención bien diseñados y la mayor tendencia a revelar el maltrato y buscar ayuda, mayor tendencia a experimentar sentimientos de auto-cuidado exitoso en protegerse de peores consecuencias y disminución de los sentimientos de culpa relacionados al maltrato sufrido (37).

En un estudio diseñado por Finkelhor y colaboradores para explorar la eficacia de los programas de prevención ante situaciones reales de maltrato o abuso sexual se estableció que los programas mejor diseñados fueron aquellos que incluyeron contenido específico acerca de cómo lidiar con matones, “caricias buenas y caricias malas”, y abuso sexual en la familia, entre otros (38). Sólo los niños expuestos a éstos programas se sintieron más “seguros” al tener que lidiar con situaciones de maltrato y reportaron que éstos los habían ayudado a protegerse y evitar ser agredidos. Adicionalmente, los niños que habían recibido los mejores programas fueron los que revelaron el maltrato a algún adulto protector en mayor medida (38).

Los programas de prevención centrados en los propios niños conducidos por Peirano indican que niños, incluso tan pequeños como pre-escolares, pueden aprender y retener conceptos como la definición del maltrato físico y cómo denunciarlo (31).

La mayoría de los programas de prevención para reducir el maltrato infantil parten de la base de identificar los niños o familias en riesgo, con su foco en cambiar las conductas de los padres o las circunstancias que pueden aumentar el riesgo de maltrato. Este tipo de intervenciones confían en la correcta identificación de las familias en riesgo como también en un exitoso y duradero cambio en los individuos. Ambos son desafíos importantes que aún no han demostrado fehacientemente su efectividad. Las intervenciones que cambien las condiciones de los barrios tienen, tal vez, una mayor probabilidad de crear y mantener un

ambiente seguro para los niños, y son además potencialmente más costo-efectivas que las intervenciones alternativas (27). En una revisión de la literatura llevada a cabo por estos autores, que incluyó 18 estudios metodológicamente correctos, se encontró una asociación positiva entre pobreza comunitaria (vivir en un barrio pobre) y maltrato infantil. Así también, la tasa de desempleo se asoció positivamente con negligencia infantil. Otros hallazgos del estudio mostraron que los barrios donde existen más bares y más incidentes relacionados a posesión de drogas, corregidos según su población, mostraron mayores tasas de maltrato infantil y negligencia. El hacinamiento (definido como más de 1.51 personas por cuarto) se asoció positivamente con maltrato. Estos hallazgos, sugieren los autores, ilustran oportunidades para desarrollar intervenciones multisistémicas que tal vez prueben ser más efectivas que las centradas en los individuos exclusivamente (27).

#### Prevención del maltrato infantil en medios de comunicación masivos

El potencial de los medios de comunicación para la promoción de la salud es muy significativo. Es muy posible que los medios masivos de comunicación no tengan el poder de transmitirle a la gente cómo debe pensar. Sin embargo, lo que sí consiguen es imponer al público en qué debe pensar (39)

Usar los medios de comunicación para movilizar a la población para prevenir el maltrato infantil ha sido reconocido como un componente vital en una estrategia exitosa para la prevención del maltrato infantil (40). Las actividades de difusión pública juegan un papel muy importante, ya que tienen el potencial de alcanzar a diferentes audiencias (padres, profesionales, miembros de la comunidad, los niños), todos quienes son críticos en la labor de proteger y ayudar a los niños y sus familias (41).

En 1976 solo un 10% del público estadounidense estaba alerta al problema del maltrato infantil. Durante finales de los 70 y principios de los 80, el Comité Nacional para la Prevención del Maltrato Infantil en EEUU y otras entidades públicas y privadas implementaron estrategias para aumentar el conocimiento del público sobre el problema del

maltrato infantil. Los esfuerzos de difusión se concentraron en anuncios en TV y radio, y una mayor cobertura en las noticias de los casos impactantes. Una nueva encuesta a mediados de 1980 mostró que el 90% de la población general no sólo estaba alerta al problema, sino que también conocía los distintos tipos de maltrato, que el origen del maltrato tenía causas individuales y sociales, y de la necesidad de realizar acciones para resolver el problema. Durante este periodo el número de denuncias de sospecha de maltrato infantil se incrementó dramáticamente. El uso deliberado de los medios de comunicación en maltrato infantil tiene un impacto sustancial en la alerta, el conocimiento y el comportamiento de la población (40).

Hoefnagels y Baartman coordinaron una gran campaña de prevención del maltrato infantil en Holanda, durante el año 1991-1992, que incluyó avisos y programas de televisión, diarios, revistas, volantes y una línea de teléfono de denuncia o contacto. El objetivo de la campaña fue poner a disposición de los niños las herramientas necesarias para detener, mediante la denuncia, un maltrato actual o para reducir las consecuencias del maltrato. El grupo objetivo primario fueron niños maltratados de entre 8 y 14 años, y el secundario, adultos y profesores. El slogan fue “Algunos secretos de los que es mejor conversar”. Durante la campaña las llamadas telefónicas a la línea dispuesta con este propósito se triplicaron; en el 90% de estas llamadas se denunció maltrato actual (42). La campaña se enfocó principalmente en el maltrato físico y, consecuentemente, el mayor incremento en denuncias se registró en este tipo específico de maltrato, siendo este de 5 veces la cantidad que era previo a la intervención. Un efecto positivo no planeado previamente fue el aumento del conocimiento sobre el maltrato y las alternativas de comportamiento en situaciones de abuso por parte de niños que no habían sido maltratados. El resultado más importante de este estudio, según sus autores, es que demuestra la efectividad de una campaña masiva de prevención del maltrato infantil enfocada directamente en los niños. “Es posible saltarse a los abusadores o a los padres maltratadores: está mas allá de su control impedir que sus niños y adolescentes vean los diarios, televisión y revistas. Por lo tanto, contrariamente a la mayoría de las intervenciones preventivas, este tipo de intervención puede interrumpir la dependencia entre el niño abusado y el perpetrador y comunicarse directamente con el niño” (43)



A principios del 2003 en EEUU la Organización Estadounidense para la Prevención del Maltrato Infantil realizó múltiples entrevistas en profundidad a grupos representativos de la comunidad estadounidense para determinar el marco de referencia público en torno al maltrato infantil. Entre sus hallazgos destacan:

- Los estadounidenses se imaginan el peor escenario al ser consultados sobre el maltrato infantil. Ellos creen que el maltrato infantil es intencional, extremo, perpetuo, y en la mayoría de los casos involucra a padres que también tienen otros problemas como abuso de sustancias.
- La mayoría de los estadounidenses percibe a los niños y adolescentes como rudos, salvajes y sin un fuerte sentido de lo que está bien y lo que está mal. Ellos creen que ser padre hoy es más difícil que antes, pero al mismo tiempo, creen que los padres actuales están haciendo un peor trabajo criando a sus hijos.
- Una proporción significativa del público está mal informado acerca del desarrollo infantil normal y muchos adultos definen conductas parentales apropiadas como “mala crianza”.
- Los estadounidenses creen que la crianza es una responsabilidad tremendamente importante. Al mismo tiempo, el público cree que pocos padres están preparados para las responsabilidades que implica criar un hijo.
- El público entiende y cree que el maltrato infantil conlleva serias consecuencias y cree que los niños que sufren maltrato crecerán para convertirse en padres maltratadores a su vez.
- Los estadounidenses ven el maltrato infantil como un problema serio y creen que implementar estrategias de prevención es extremadamente importante. Al mismo tiempo, ellos no pueden definir claramente que entienden por prevención, ni creen que ellos puedan hacer algo que efectivamente afecte la incidencia de maltrato infantil (41).

Los investigadores plantean que las futuras campañas necesitan centrarse en educar al público en el desarrollo infantil y deben utilizar mensajes que se centren en incrementar el apoyo para los padres en sus comunidades locales. Las campañas dirigidas a los padres deben estar dirigidas a todos los tipos de padres y no sólo a los abusadores. Estas campañas deben

centrarse, al menos inicialmente, en beneficios de corto plazo como reducir el estrés familiar y mejorar el comportamiento de los niños. Los mensajes deben tender a conectar a las familias con su comunidad de manera positiva para construir una comunidad responsable para los niños. Las campañas deben ayudar al público a admitir que la crianza es una labor difícil y que no surge naturalmente. Es tiempo de que los mensajes de prevención del maltrato hagan una transición desde aumentar la alerta a estimular comportamientos y generar cambios (41).

En el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001, se plantea que para desarrollar iniciativas más específicas y efectivas de comunicación social en medios de comunicación masivos es necesario definir:

- Audiencias primarias y secundarias
- Selección de los canales de información/comunicación
- Estrategias de vinculación con los medios de comunicación y con las organizaciones e instituciones en general
- Preparación rigurosa de los contenidos y materiales de acuerdo a criterios de adecuación, tales como: validez científica, credibilidad cultural, comprensibilidad, capacidad de despertar interés
- Monitoreo y evaluación (7)

Fernandez-Rios en su manual de Psicología Preventiva enuncia algunos de los problemas de la prevención a través de los medios de comunicación masivos. Uno de ellos es que las campañas de prevención no producen el mismo efecto en toda la población, ya que ésta no constituye un todo homogéneo. Lo más frecuente es que los miembros de las clases altas obtengan mayores beneficios que los de las clases bajas, lo que aumenta la inequidad. Una hipótesis que explica esto es que las personas de clase alta tienen mayor educación y mayor conocimiento de diversos temas, pudiendo aprovechar mejor la nueva información. Otros investigadores refutan esta afirmación y creen que los medios masivos reducen el distanciamiento entre los diferentes estratos socioeconómicos. De todas formas, el conocimiento no se distribuye de forma uniforme tanto en un punto concreto como a lo largo del tiempo. Esto puede ser debido a:

- Las habilidades de comunicación de que disponen los sujetos con bajo nivel sociocultural hacen que adquieran menor conocimiento relevante que los de un nivel educativo mayor.
- Las personas de nivel socioeconómico más bajo están menos motivadas, retienen menos información y tienen contactos sociales menos relevantes para adquirir conocimientos pertinentes para la salud.
- Las personas más desfavorecidas económicamente llevan a cabo una exposición, aceptación y retención de la información selectiva de acuerdo con sus creencias y valores relevantes para la salud, que suelen ser más negativas para la salud en comparación con las clases sociales más elevadas (39).

Otras limitaciones de las campañas de prevención a través de los medios de comunicación que se han descrito son:

- Pueden reforzar, más que cambiar, creencias o conductas
- Pueden influir sobre los sujetos que están más dispuestos a creer en el mensaje
- Es difícil obtener el feedback necesario de la audiencia objetivo para poder evaluar el impacto
- La mayor parte de la gente utiliza los medios de comunicación como entretenimiento, y no para la educación
- Los programas de los medios de comunicación deben competir contra otras numerosas formas de publicidad que adoptan puntos de vistas diferentes
- Los programas de promoción de la salud no tienen generalmente el alcance de los otros programas de publicidad (39).

Para llevar a cabo educación en salud es necesario educar a la población en el concepto de riesgo: reconocer la importancia del pensamiento crítico para que los sujetos valoren el riesgo de sus comportamientos y del ambiente para la salud. La educación para la salud es generalmente eficaz pero desconocemos, por el momento, cuáles son los factores que intervienen, así como la participación de cada uno en su eficacia. El objetivo de toda educación será estimular a la población a desear estar sana y saber cómo mantenerse sana haciendo lo que esté en su poder para conservar la salud o buscando ayuda cuando se necesite.

El futuro de la educación para la salud, tanto de los pacientes como de la población sana, se focalizaría en una conceptualización constructivista del aprendizaje (39).

## Internet y salud

Actualmente, en los países desarrollados, uno de los principales usos de Internet es obtener información de salud. Un 37% de los adultos que disponen de acceso a Internet la usan para buscar este tipo de información (13). Más aún, se sabe que la información de salud encontrada en Internet afecta el comportamiento posterior de las personas (44). De los pacientes que utilizan Internet, la mayoría reporta que la información encontrada les fue útil (13, 45) y un tercio de ellos sienten que fue más fácil buscar en Internet que contactar a un profesional, como médico o enfermera (45).

Los usuarios de Internet buscan información relativa a salud en un amplio espectro que va desde información sobre una condición en particular y tratamientos hasta información sobre dieta, ejercicios, seguros de salud, profesionales y hospitales. El tipo de información buscada varía según el estado de salud del usuario. Aquellos que están sanos tienden a hacer búsquedas episódicas sobre prevención, embarazo, anti-envejecimiento y enfermedades agudas; aquellos recientemente diagnosticados generalmente realizan búsquedas profundas acerca de su enfermedad; y aquellos crónicamente enfermos realizan búsquedas frecuentes en sus sitios favoritos y tienen mayor tendencia a discutir la información que encuentran con sus médicos (15). La gente tiende a valorar el anonimato y la disponibilidad 24 horas de Internet y es más común que las búsquedas en temas de salud sean realizadas desde el hogar que desde el lugar de trabajo. Las mujeres tienen mayor tendencia a buscar sobre temas de salud y no sólo para ellas mismas sino también por otros miembros de la familia (15). Es cierto que aún el mayor porcentaje de personas que consultan sobre temas de salud en Internet tienen al menos un grado universitario, pero otros segmentos de la sociedad están cada día ganando mayor acceso a Internet y, cuando lo hacen, ellos también buscan información de salud (15). Internet tiene el potencial de eliminar las barreras geográficas, sociales y culturales en el acceso a la información de salud para el público general (12, 13, 46).

Una manera de utilizar las ventajas de Internet para entregar información de salud a los pacientes es simplemente indicándoles visitar determinado sitio web para acceder a “prescripciones de información disponibles en la web” (WebIPs). Estas prescripciones

entregan información específica, basada en la evidencia, sobre cómo manejar problemas de salud. Los médicos tienden a ocupar un porcentaje significativo de tiempo educando a los pacientes en distintas situaciones clínicas. La comprensión y retención de la información discutida es variable y, muchas veces, decepcionante (47). Muchos médicos recomiendan sitios web a sus pacientes, pero se sabe que un porcentaje significativo de la información de salud en Internet es imprecisa o errónea. En respuesta a este problema, numerosas organizaciones académicas y comerciales han desarrollado criterios para juzgar la calidad de los sitios que entregan información de salud, y entregan premios o sellos de aprobación a los sitios aprobados. Los pacientes tienen mucha más confianza en un sitio web si ha sido recomendado o creado por su doctor (47)

En un estudio realizado en población general en Inglaterra donde se estudiaron los hábitos de búsqueda de información sobre salud mental en Internet se encontró que el 10% de la muestra había usado Internet como fuente de información sobre algún tema de salud mental y sobre un 20% de aquellos con historia de algún trastorno mental lo habían hecho. El 24% de los encuestados respondió que Internet es una de las tres fuentes de información que usaría en el caso de requerir información de salud sobre algún tema de salud mental (48). En este estudio, los médicos generales y los trabajadores en salud mental no sólo fueron considerados las fuentes más precisas de información, sino también las fuentes a que con mayor probabilidad acudirían. Internet se vislumbra como una herramienta promisorio para educar y apoyar a los pacientes. Esto es particularmente importante en salud mental, donde Internet puede tener un rol apoyando a aquellos que sufren inhibiciones relacionadas a enfermedades estigmatizantes y evitan pedir ayuda por vías más tradicionales (48)

Otro estudio que incluyó una muestra representativa de toda la población de Estados Unidos realizado en los años 2001 y 2002, diseñado para medir el uso de Internet en búsquedas de información de salud entre personas con y sin enfermedades estigmatizantes (ansiedad, depresión, herpes e incontinencia urinaria), se encontró que dos tercios de la muestra de 7.014 personas nunca había usado Internet para buscar información relativa a salud. Sin embargo, entre las personas que sí habían usado Internet para obtener información sobre temas de salud, las personas que tenían alguna enfermedad estigmatizante usaron Internet significativamente

más para buscar información relativa a salud, para comunicarse con su médico y para comunicarse con otros acerca de su salud. Más aún, dentro de este grupo fueron las personas con enfermedades mentales quienes más usaron Internet para estos propósitos. Ambos grupos se mostraron igualmente satisfechos con el tiempo necesario para encontrar información de salud en Internet, lo confiable de la información y lo fácil de entender que ésta resultó. Esto sugiere, según los autores de la investigación, que Internet puede ser una herramienta de salud pública adecuada para educar y realizar intervenciones dirigidas específicamente a poblaciones con enfermedades estigmatizantes (11).

En una revisión de la literatura publicada en 2005 donde se estudiaron las intervenciones en salud mental basadas en Internet. Para ello se definió “e-mental health service” (cuidados de salud mental electrónicos) como todas las formas de cuidados de salud mental electrónicos desarrollados y transmitidos por Internet, desde productos informales y educativos a servicios ofrecidos por profesionales. Pueden ser, además, intervenciones pasivas; por ejemplo, sitios web con información, o activos como terapia cognitivo-conductista moderada por un terapeuta (49). Es interesante notar que poblaciones menos favorecidas como ancianos y minorías raciales tienden a usar los servicios de ayuda en Internet de salud igual de frecuentemente que los jóvenes y los caucásicos, pero tienden a acceder a diferentes fuentes: fuentes de información como “preguntas frecuentes” y páginas de la biblioteca son usadas más frecuentemente, mientras que áreas más interactivas como grupos de discusión o foros son usadas menos frecuentemente por estos grupos (49).

El estudio de la utilidad de las intervenciones basadas en Internet es particularmente importante porque es un medio altamente accesible, transportable y puede abarcar una gran población a un bajo costo; es además un medio fácil de mantener al día y muy accesible para desarrollar intervenciones preventivas (50). Intervenciones mediadas por computadores o por Internet han mostrado una adecuada eficacia. Por ejemplo, intervenciones basadas en computadores se han usado exitosamente como coadyudantes en tratamientos de pacientes con fobias, desórdenes de pánico, trastornos alimentarios y encopresis. Más aún, estudios randomizados y controlados han mostrado la eficacia de intervenciones desarrolladas en computadores e Internet, con mínimo o sin contacto con un clínico, para el tratamiento de

trastornos de pánico, depresión, pérdida de peso y autocuidado de la diabetes (50). Ruggiero y colaboradores concluyen que las intervenciones basadas en Internet para entregar contenidos en salud mental son:

- Exitosas como coadyuvantes en las terapias y cuidados tradicionales
- Tienen tasas de adhesión al tratamiento similares a las intervenciones o terapias habituales
- Pueden incrementar la participación de individuos que de otra manera por diversas razones no hubieran buscado ayuda
- Pueden involucrar una gran población rápidamente y a un bajo costo
- Pueden ser ajustadas para desarrollar prevención secundaria, así como también aumentar los tratamientos de salud mental tradicionales

Esquivel y colaboradores supervisaron más de 4600 entradas en un foro para pacientes con cáncer de mamas. De éstas, sólo 10 entradas contenían información errónea o falsa. Siete de las 10 entradas fueron reconocidas por los mismos participantes del foro como erradas y corregidas en un promedio de tiempo menor a 5 horas. La mayoría de las entradas con información errónea tenían relación con la fecha de expiración de los medicamentos. Los autores sugieren que, cuando Internet es interactiva, puede autorregular la exactitud de la información (51).

### Internet y adolescencia

Se estima que dos tercios de los adultos estadounidenses (140 millones de personas) usa Internet. Entre los jóvenes con edades entre 12 y 18 años la incidencia es de 97% (49). Internet es un medio especialmente eficaz para interesar e informar a los adolescentes en temas de salud. Un cuarto de los adolescentes con acceso a Internet en EE.UU. han buscado información de salud en la web y un 18% ha buscado información en un tema "difícil de hablar" (52). En una encuesta telefónica que abarcó todo EE.UU. se encontró que un cuarto de los adolescentes con edades entre 15 -24 años habían usado Internet para leer información



acerca de depresión. Un porcentaje similar (23%) había buscado información sobre violencia, así como también problemas con alcohol y drogas (49).

Al preguntarles cómo llegaron a determinado sitio de salud sobre enfermedades de transmisión sexual, la mayoría de los adolescentes respondió que usando un buscador (37%), siguiendo un link desde otro sitio (23%), una referencia de un profesor (14%) o por una revista o periódico (12%). Otras respuestas como por un amigo o familiar o por consejo médico fueron menos de un 5% (52). Internet es un método costo-efectivo para proveer educación en salud sexual actual y consistente, y proporciona información ampliamente disponible con el potencial de cubrir las diferencias en la educación sexual creadas por diferentes currículos en diferentes escuelas y distintos estilos parentales. Internet tiene un gran potencial para mejorar el conocimiento de los adolescentes y las actitudes acerca de los comportamientos y habilidades para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Internet tiene una capacidad enorme para proporcionar información de salud actual, precisa, a bajo costo y específica a un conjunto diverso y heterogéneo de adolescentes, sus padres, profesores y otros(52).

Prochaska y colaboradores desarrollaron y evaluaron un programa para modificar el comportamiento nutricional y de ejercicios basado en una intervención interactiva en Internet. Un 68% de los pacientes adolescentes y un 45% de los pacientes adultos estimaron que el programa los había ayudado a cambiar su comportamiento (53). El 85% de los profesionales consideró el programa como bueno o muy bueno para mejorar el comportamiento nutricional y de ejercicios de sus pacientes (53) Un 82.2% de los pacientes encuestados sobre la utilidad de tener acceso a soporte adicional e información sobre cómo continuar los cambios de vida necesarios después de sufrir un evento coronario en casa a través de Internet lo consideró “moderadamente a muy útil”. El 76% de ellos dijo que accedería a esa información si estuviera disponible (53) Un componente fundamental en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria es la modificación del comportamiento; los procesos involucrados en esta modificación son complicados y habitualmente requieren una enseñanza extensa y un apoyo posterior. El reconocimiento de Internet como una estrategia efectiva para los profesionales para educar a sus pacientes aumenta cada día. Internet ofrece una oportunidad

educativa accesible, conveniente, específica y sustentable por un largo período de tiempo (53).

Internet provee un lugar seguro para los niños y adolescentes que se sienten avergonzados por su peso, para hacer preguntas, aprender y obtener apoyo de otros anónimamente. Los adolescentes que participaron en un programa de prevención y tratamiento implementado en la web reportaron que uno de los componentes más importantes para explicar su participación y adherencia fue que no se sintieron señalados o estigmatizados, pudiendo participar libremente de las actividades propuestas (46).

Muchos adolescentes con alteraciones mentales no consultan y se resisten a acercarse a otros en busca de ayuda. En la literatura se citan cuatro razones para esta resistencia:

- Sentimientos de que su motivo de consulta no se mantendrá en reserva
- Sentimientos de que la persona o el servicio de salud no lo podrán ayudar
- Sentimientos de que el problema es demasiado personal para decírselo a alguien
- Sentimientos de que ellos pueden resolver el problema por ellos mismos (54)

No es sorprendente entonces que cerca de un cuarto de todos los adolescentes reporten haber buscado en Internet información relativa a salud. Un estudio que incluyó 519 adolescentes entre 13 y 19 años del estado de Nueva York realizado en 1999 reveló que el 18% había usado Internet el año previo buscando ayuda cuando se habían sentido “muy enojados, tristes, estresados o molestos”. El recurso más usado por los adolescentes fue los Chat o salas de conversación, por un 87%. El 60% de los adolescentes reportó sentirse satisfecho con la ayuda recibida en Internet (54). Buscar ayuda en Internet no interfirió con la búsqueda de ayuda en otras fuentes como padres, amigos, consejeros estudiantiles, y otras. La mayoría de los adolescentes de este estudio mostraron preferencia por fuentes de ayuda informales por sobre aquellas formales o profesionales. Es interesante notar que en Internet no se aprecia una diferencia por sexo en la búsqueda de ayuda, mientras que en otros contextos se reporta que las mujeres son más tendientes a buscar ayuda. Este resultado sugiere que Internet es tal vez el vehículo para desarrollar programas para los varones, quienes son usualmente resistentes a las estrategias de prevención de conductas de alto riesgo como suicidio, por ejemplo (54)

Proveer programas de prevención y tratamiento efectivos por Internet es un método costo-efectivo para reducir problemas subclínicos antes de que estos progresen a una enfermedad mental (46). Una ventaja específica de Internet es la posibilidad de proveer variaciones en la intervención basadas en el grado de riesgo de manera de mejorar el resultado aprovechando la posibilidad de interactuar fácilmente con el adolescente (46).

Al momento del desarrollo de esta tesis no existían investigaciones similares a las presentadas conducidas con niños más pequeños.

### Internet en Chile

Internet puede mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) destaca en su informe 2001 la importante vinculación entre redes sociales, acceso a información, conocimiento y pobreza. Democratizar el acceso a Internet es sólo una parte de la ecuación, a la que siguen dos tareas relevantes: generar contenidos relevantes y potenciar su uso en la relación Estado-Ciudadano (55).

Internet en Chile es aún joven. El primer sitio web apareció a finales de 1993. Sin embargo, su crecimiento es vertiginoso; en los últimos cinco años, el número de nuevos sitios web se ha duplicado año a año. A abril del 2005, existían 119.408 dominios registrados en .cl (56)

A junio de 2005, Internet alcanzó una penetración de 5,8 conexiones por cada 100 habitantes. La cobertura del acceso a Internet está más desarrollada en la Región Metropolitana (9/100 habitantes) debido al nivel de cobertura de la infraestructura disponible y a la densidad de la población (57)

La penetración de Internet en Chile al año 2005 se estima en un 36% (9). Esta cifra es similar a España, y superior a Italia, Taiwán y Hungría. Al desagregar los datos encontramos que casi el 70% de los estratos socioeconómicos más ricos usan la red (ABC1-C2), mientras que el

75% del estrato socioeconómico más pobre no lo hace (estrato D) (19). Un dato interesante encontrado por estos investigadores es el alto porcentaje de usuarios por poder (cuando una persona accede a internet para buscar o hacer cosas que otra le ha solicitado) que existen en Chile. En la encuesta desarrollada por el grupo WIP-Chile el año 2003, un 78% de la población chilena tenía acceso a Internet de manera directa o indirecta (excluyendo al 13,5% de la población o segmento E, que no se consideró en el diseño muestral) (9).

El segundo estudio del “Índice de Generación Digital 2005” reveló que el 46% de los niños chilenos en edad escolar tiene acceso a Internet. Comparado con el 39,6% arrojado por el mismo estudio el año anterior, esto representa un crecimiento del 16% en sólo un año (58).

Diversas políticas públicas y privadas tienden a incrementar rápidamente la disponibilidad de Internet tanto en sitios públicos como en los hogares chilenos. Las políticas públicas de acceso a Internet en Chile se han implementado principalmente a través de cuatro programas:

- Internet en la Escuela (Programa “Enlaces”): Implementado tanto en escuelas urbanas como rurales, se complementa con el portal EducarChile, e incorpora Internet a más de 9000 escuelas y liceos públicos.
- Fondo de Desarrollo de las Telecomunicaciones FDT: Enfocado en desarrollar telecentros rurales que permitan el acceso a Internet en comunidades apartadas del país.
- Programa Nacional de Infocentros: proyecto multisectorial dirigido a favorecer el acceso a Internet por parte de los microempresarios.
- Red de Bibliotecas Públicas para el Nuevo Milenio: fruto de la alianza del Gobierno de Chile con Microsoft, su meta es que cada biblioteca comunal esté dotada de acceso a Internet (55).

Internet, en nuestro país, no ha reemplazado el consumo de medios de comunicación “tradicionales”, excepto tal vez el de televisión. Tampoco ha modificado otros ámbitos de la vida cotidiana de manera sustantiva, sino que más bien los ha complementado, enriquecido y profundizado (19).

Un uso prioritario de Internet en los países desarrollados es la búsqueda de información de salud. En Chile esto aún no se percibe, pero es altamente probable que con la maduración del público usuario esto ocurra en el corto plazo (19).

## Evaluación de sitios web de salud

Un componente esencial del cuidado médico es entregar información sobre su enfermedad y tratamiento a los pacientes. Internet es una herramienta cada vez más disponible y popular entre los pacientes para obtener información de salud. La calidad de la información médica que se puede encontrar en Internet es extremadamente variable: los sitios no están sujetos a revisión por comités editoriales ni de pares ni tienen que cumplir algún otro tipo de reglas o estándares para permanecer en la web. Además, no existe, entre la comunidad médica, una herramienta validada para evaluar la información de salud disponible en Internet (18). Pese a esto, múltiples autores han usados regularmente ciertos criterios de calidad que estudian la calidad de la información de salud en Internet. Los más frecuentemente usados son: que la información sea exacta, completa, comprensible, bien presentada, y con afiliaciones y referencias explícitas (59).

En 1997, un panel de expertos se reunió para definir los “Criterios de evaluación de la calidad de la información de salud en Internet”, esto es conocido como el “White Paper de la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research o Agencia para el desarrollo de políticas e investigación en salud) dependiente del United States Department of Health & Human Services, equivalente al ministerio de salud estadounidense. Allí se describen las cualidades de los siguientes criterios generales deseables de encontrar en los sitios web de salud: credibilidad, contenido, propósito, links, diseño e interactividad (60)

En 1998, la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. lanza su sitio web de salud para el consumidor, MedlinePlus. Desde el inicio este incluye información en español para la población latina. En el 2002, se lanza oficialmente MedlinePlus en español con casi 500 temas de salud y tutoriales interactivos. MedlinePlus, además de entregar información producida por agencias y organismos del gobierno de EE.UU., despliega enlaces (links) a otros sitios web utilizando las siguientes normas de selección (resumidas): calidad, autoridad y exactitud del contenido, que la finalidad del sitio sea educacional y no vender un producto o servicio, disponibilidad y mantenimiento del sitio, características especiales (61)

La Asociación Americana de Medicina (AMA), el año 2000, desarrolla y publica sus principios para guiar el desarrollo y las futuras actualizaciones de sus sitios afiliados. En ellas enfatiza la necesidad de que los sitios cumplan con requerimientos mínimos en cada una de las siguientes cuatro áreas: contenido, publicidad y financiamiento, privacidad y confidencialidad y comercio electrónico (62).

Otros esfuerzos para promover el uso confiable y efectivo de Internet en temas de salud derivaron en la fundación “Health On the Net”, una organización no gubernamental fundada en 1995 en Ginebra, Suiza. Su código de conducta HON (HONcode) para información médica basada en Internet y su sistema de acreditación de HONcode para la calidad de la información en línea asegura la conformidad de la página Web con todos los principios HONcode. HONcode consta de 8 principios: autoría, complementariedad, confidencialidad, atribución, referencias y actualización, garantía, transparencia de los autores, transparencia del patrocinador y honestidad en la política publicitaria (63).

De manera similar, en el año 2000 surge el proyecto Webs Médicas de Calidad (pWMC) en España, específicamente orientado a los sitios web en español. Este proyecto cuenta con un código de ética y orientaciones sobre usabilidad y accesibilidad sugeridas para los sitios web y funciona mediante acreditación (64).

En 1998, la revista de la Asociación Americana de Medicina publica un artículo donde se reconoce las ventajas de Internet como fuente de información de salud tanto para los profesionales como para sus pacientes. También se hace mención a sus desventajas: la necesidad de tener un computador conectado a Internet, saber usarlo, la dificultad en determinar la calidad y exactitud de la información encontrada, lo extensas y frustrantes que pueden resultar las búsquedas de información sobre salud. Finalmente, el autor entrega una lista construida por él de los más relevantes y útiles sitios web sobre violencia intrafamiliar. Precisa que, en general, los sitios web gubernamentales y de universidades son los que presentan información más equilibrada y con un alto grado de exactitud a diferencia de los sitios comerciales (12).

En un estudio conducido por Kunst publicado en el British Medical Journal el 2002 se revisaron 121 sitios web que entregaban información sobre 5 temas comunes de salud: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (23 sitios), esguince de tobillo (36), anticoncepción de emergencia (32), metrorragia (9) y esterilización femenina (21). El contenido de los sitios fue evaluado según 3 parámetros de credibilidad: fuente, actualidad y nivel de evidencia. El 93% de los sitios estudiados explicitaba su fuente, el 49% era actual y el 22% tenía niveles de evidencia. La exactitud de la información fue juzgada en comparación con las directrices ya consensuadas y publicadas por la comunidad médica para cada una de estas 5 patologías. Sólo el 24% de los sitios web alcanzó el primer tercil donde más de 2/3 de la información contenida en las directrices estaban cubiertas. No se encontró relación entre la credibilidad del contenido y su exactitud (65).

En otro estudio titulado “*Quality of arthritis information on the Internet*” (Calidad de la información sobre artritis en Internet) se evaluó una muestra de 600 sitios web, construida utilizando los 5 buscadores mas usados en EE.UU.: AOL, MNS, Yahoo, Google y Lycos. Se utilizaron las palabras claves “artritis”, “osteoartritis”, “artritis reumatoídea”, se incluyeron los primeros 40 retornos. Para evaluar los sitios web se desarrollaron 15 criterios en base a la literatura disponible y las directrices propuestas por el Colegio Americano de Reumatología:



<b>Criterio</b>	<b>Subcategoría</b>
<b>Contenido</b>	Declaración de misión o principios
	Declaración de política editorial
	La información corresponde con la misión declarada
	La información es completa
	La información es exacta
	Es imparcial
	Los gráficos son claros
<b>Navegación</b>	La navegación intra-sitio es fácil
	La navegación inter-sitio es fácil
	Los links están activos
	Los links son apropiados
	Existe mapa del sitio
	Existe buscador intra-sitio
<b>Comprensión</b>	El lenguaje debe ser comprensible para una persona con instrucción de mínimo sexto grado
<b>Actualidad</b>	La información debe haber sido revisada al menos en el año anterior

De los 600 sitios seleccionados, 93 fueron excluidos por no proveer suficiente información. De los restantes 507 sitios, sólo 69 eran sitios únicos (esto debido a la frecuente duplicación en los resultados de los buscadores automatizados). Los puntajes individuales para los 69 sitios web estudiados variaron entre 3 y 14 puntos, y el promedio fue de 8.3. Los sitios web con el sufijo .gov tuvieron un promedio significativamente más alto al comparar su puntaje total con los sitios con otros sufijos .com, .edu, .org, etc. Sólo el 25% de los sitios estudiados proveyó información completa. El 80% de los sitios web .gov y el 75% de los .edu se sitúan en el primer tercil de la escala de evaluación aplicada en este estudio. Los sitios web del gobierno y académicos son las mejores fuentes de información médica para los pacientes con artritis (18). Este estudio tiene un diseño experimental muy similar al propuesto en esta tesis. Es interesante notar que en Chile no se utilizan frecuentemente los sufijos .gob.cl (que correspondería al gobierno de Chile), .org (ONGs) y .edu (organizaciones educacionales

frecuentemente universidades, reservado esencialmente para las universidades estadounidenses), ya que prima el uso del sufijo .cl para implicar que es un sitio chileno.

En un estudio sobre indicadores de calidad en sitios web con información sobre depresión, realizado durante el año 2003, se encontró una moderada correlación entre el puntaje otorgado por Google PageRank y una evaluación manual siguiendo las guías de medicina basada en evidencia para depresión. Los investigadores sugieren que esta tal vez sea una herramienta automatizada confiable a largo plazo de calidad de un sitio web (66). Google PageRank es una medida generada automáticamente y computarizada de la importancia de un sitio web basado en el número de sitios y la importancia de las páginas web que están enlazadas a él. Existe poca evidencia de la validez de la estructura de enlaces como indicador de calidad, y es importante notar que Google PageRank no tiene una relación directa con el orden de los resultados de búsqueda generadas por el buscador Google (66).

La naturaleza de Internet implica que nunca se logrará erradicar completamente la información de salud errónea o de mala calidad . Los trabajadores en salud mental que se educan a sí mismos acerca de las características deseables para los sitios web de salud y recomiendan sitios web de buena calidad a sus pacientes ayudan a combatir esta realidad. Investigadores y otros que desarrollan sitios web con contenidos de salud deben familiarizarse con el código de conducta establecido por la Fundación “Health on the Net” (49)

## **Hipótesis y Objetivos**

### Hipótesis general

Si la información disponible en Internet acerca de maltrato infantil constituye un medio de comunicación masiva y, como tal, se considera un factor del exosistema en el marco del modelo ecológico, entonces su caracterización en cuanto a su presencia, calidad y encontrabilidad es de vital importancia para el diseño futuro de mejores estrategias de promoción y prevención del maltrato infantil en Chile.

### Hipótesis específicas

La información sobre maltrato infantil disponible en Internet para el público general chileno es escasa e incompleta. Los sitios web disponibles no cuentan con la calidad técnica adecuada ni contenidos satisfactorios.

Además, el acceso a esta información a través de los medios de búsqueda habituales (buscadores automatizados) para el público chileno es difícil e ineficiente.

### Objetivo general

El objetivo general de esta tesis será conocer cuáles son los sitios web sobre maltrato infantil disponibles para el público chileno y evaluar la calidad técnica y de los contenidos que éstos entregan.

### Objetivos específicos

- Conocer y cuantificar la presencia de sitios web dedicados al público general chileno referidos al maltrato infantil.
- Evaluar la calidad técnica y el contenido de la información en Internet provista por estas instituciones respecto al maltrato infantil de manera general y en particular de acuerdo a su origen: Estado, ONGs u otros.

- Evaluar la eficiencia de las herramientas de búsqueda automatizada para acceder la información relativa a maltrato infantil orientada al usuario chileno, de manera de conocer su encontrabilidad.

## **Marco Metodológico**

Este es un estudio exploratorio, descriptivo, no experimental, interesado en comprender la situación actual y el uso e interrelación entre una herramienta de comunicación nueva como es Internet y un problema de salud mental y familiar muy prevalente en Chile como es el maltrato infantil. Se escogió este diseño de estudio por la inexistencia de información previa respecto a las preguntas que este estudio plantea. No existe manipulación ni interacción del investigador con los datos estudiados, sólo una recolección muestral y posterior procesamiento estadístico.

### Población y muestra

Definición de la población o universo: Corresponde a todos los sitios web con información sobre maltrato infantil orientados al público chileno disponibles en Internet al momento del estudio.

Definición de la muestra: Corresponde a los sitios web chilenos, con información sobre maltrato infantil, encontrados y susceptibles de ser incluidos en el estudio. Se intentó aproximar la muestra al universo lo más posible. La muestra se recogió entre los meses de abril y junio del año 2006, y se construyó mediante búsquedas con herramientas en línea y de manera manual revisando los sitios de las instituciones afines con el cuidado y la protección de la infancia en Chile.

Se ha descrito que las herramientas de búsqueda automatizadas, como Google, Yahoo, y otras son la ruta más comúnmente usada por las personas para identificar potenciales fuentes de información de salud en Internet (49, 52). Se realizaron búsquedas Internet en 3 buscadores:

- Google Chile,
- Yahoo en español
- Todoel.cl (buscador que indexa sólo páginas chilenas)

Se seleccionaron Google Chile y Yahoo en español por su alta figuración en los medios de comunicación y su uso masivo en EEUU (18, 66) y Todoel.cl por ser un buscador chileno. No

existía información sobre cuáles son los buscadores más usados en Chile al momento de diseñar esta investigación.

Se ha descrito que las personas visitan en su mayoría los sitios web listados por los buscadores en los 10 primeros lugares (67). Se revisaron los primeros 50 resultados ofrecidos por cada buscador.

Las búsquedas se realizaron mediante las siguientes “palabras claves”, que se ingresaron escritas siempre de igual manera, en el campo de búsqueda de cada buscador automatizado:

- Maltrato infantil: es la forma habitual utilizada en Chile para referirse a este problema, el término ha sido difundido por el ministerio de salud, SENAME y UNICEF en sus diferentes campañas.
- Abuso sexual: aunque es una forma de maltrato infantil, tiene características propias que lo diferencian. Se han realizado campañas de información especialmente enfocadas en el abuso sexual y los medios de comunicación masivos en Chile se refieren a el como una entidad particular, por ello se considero pertinente utilizarlo para “buscar” los sitios web a estudiar en esta investigación
- Violencia intrafamiliar: el maltrato infantil no institucional se considera parte de la violencia intrafamiliar. En Chile el único cuerpo legal que contempla sanciones para los padres maltratadores es la Ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar y Tribunales de familia, por esto se incluyo dentro de las “palabras claves” de búsqueda
- ¿Qué hacer ante un caso de maltrato infantil?: se formularon preguntas en lenguaje coloquial para intentar interpretar las necesidades y requerimientos que surgen en la población general en torno al maltrato infantil
- ¿Cómo ayudar a un niño maltratado?: se planteó en la misma línea que la pregunta anterior cómo una pregunta que naturalmente puede surgir en una persona interesada en buscar información acerca de maltrato infantil en Internet.

Se realizaron las búsquedas con las 5 “palabras claves” ya descritas, en los 3 buscadores seleccionados para este estudio, lo que generó 750 retornos, o sitios web que cumplieran con los parámetros de la búsqueda. Todos ellos fueron visitados. Se consideraron como criterios de inclusión los siguientes:

- Sitio en español
- Sitio dirigido al público chileno
- Sitio dirigido al público general
- Sitio con información susceptible de ser evaluada

Para cada sitio se registró, además, el lugar que obtuvo en la búsqueda: variable de encontrabilidad.

En la siguiente tabla se exponen los criterios de exclusión de esta investigación y sus razones:

Tabla 1: Criterios de exclusión de los sitios web

<b>Criterio de exclusión</b>	<b>Razón para su exclusión</b>
<b>Sitio extranjero</b>	Para que la información sobre derivación y denuncia sea útil debe incluir a las instituciones chilenas
<b>Sitio que lleva a un artículo científico</b>	El lenguaje y la terminología no es apta para el público general
<b>Sitios de noticias, artículos periodísticos que hacen mención de un caso de maltrato</b>	No contienen la información pertinente al estudio
<b>Sitios con información técnica o comercial sobre maltrato infantil</b>	No contienen la información pertinente al estudio
<b>Otro tipos de formatos web: Foros, blogs</b>	Incompatible con la evaluación propuesta en el estudio

Figura 1: Ejemplo de una búsqueda automatizada: solo se muestran los 2 primeros retornos para la palabra clave “maltrato infantil”.



También se revisaron manualmente los sitios de organismos gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la protección la Infancia y el fomento de la Salud Mental que no hubieran sido “encontrados” en las búsquedas realizadas anteriormente. Estas revisiones se centraron en:

- Hospitales públicos y privados que atienden población infantil
- Universidades chilenas públicas y privadas que imparten la carrera de Medicina y Psicología.
- Fonasa e Isapres
- Otros poderes e instituciones del Estado (Servicio Médico Legal, Poder Judicial, JUNAEB)

Se anexa un listado de las instituciones revisadas que no cumplieron los requisitos de inclusión por carecer de información relativa al maltrato infantil o no contar con sitio web (Anexo 1)



En la siguiente tabla se ilustran los tipos de sitios web evaluados como retorno de los diferentes buscadores automatizados (750 retornos) y cómo se seleccionó la muestra aplicando los criterios de inclusión y exclusión antes comentados.

Tabla 2: Categorización de los 750 retornos en sitios susceptibles de ser incluidos en el estudio y excluidos

			Google	Yahoo	Todocl
<b>Sitios incluidos<sup>3</sup></b>			117	21	100
<b>Sitios excluidos</b>	De idioma distinto al español		0	0	0
	No chilenos	España	0	40	0
		México	0	67	1
		Otros	0	90	7
	Orientados a otro público	Noticias	33	3	41
		Artículos científicos	18	3	13
		Información técnica/comercial	30	13	19
	Sitios sin información		47	11	65
	Sitios no funcionales		5	2	4
	<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>

---

<sup>3</sup> El número de sitios evaluados es mayor al que compone la muestra porque es frecuente que los buscadores repitan en sus resultados diferentes páginas del mismo sitio web. Para esta investigación se consideraron los sitios web en su globalidad

En la siguiente tabla se ilustra el n total del estudio y su fuente.

Tabla 3: Fuente de los sitios web incluidos en la investigación

Sitios web	n	%
Identificados automáticamente	53	91
Identificados manualmente	5	9
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

Los 5 sitios web agregados manualmente fueron:

1. Sitio web de JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles)
2. Sitio web de Carabineros de Chile
3. Sitio web del MINEDUC (Ministerio de Educación de Chile)
4. Sitio web del CEPIJ-Iquique (Centro de Protección Infanto Juvenil)
5. Sitio web de la Universidad del Desarrollo

#### Definición de variables

Se evaluaron 4 variables:

1. Calidad técnica del sitio web
2. Calidad de los contenidos que despliega el sitio web
3. Encontrabilidad del sitio web
4. Origen del sitio web

Las variables calidad técnica y contenido del sitio web se seleccionaron por ser frecuentemente usadas como criterios de evaluación de la información de salud en Internet entre la comunidad médica y existir experiencia empírica que su uso permite aislar los sitios web que entregan información más exacta y rigurosa (18) En múltiples estudios que han evaluado la calidad de la información de salud disponible en línea para público general se ha observado que las dos variables antes citadas se comportan de manera independiente y así fueron consideradas en esta investigación (14, 18, 65, 66)

## 1. Calidad técnica del sitio evaluado

Variable independiente.

*Definición conceptual:* Un sitio de salud para proveer información confiable, objetiva, exacta y actualizada debe cumplir con ciertos requerimientos que son independientes de los contenidos que despliega como son:

- Declarar el propósito del sitio
- Identificar al propietario del sitio web
- Identificar quién patrocina o financia la institución
- Asegurar una calidad de la navegación
- Resguardar posibles conflictos de publicidad
- Proteger la privacidad de sus usuarios
- Asegurar la confidencialidad de sus usuarios
- Certificarse

Los criterios arriba citados fueron usados como base para construir la sistematización e instrumentos usados en este estudio, y aparecen (entre otros) en:

- Guías de consulta para sitios con información de salud y medicina en Internet propuestos por Asociación Americana de Medicina
- Criterios de calidad para recopilar información de MedlinePlus
- Criterios para evaluar la calidad de la información de salud en Internet sugeridos por la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research o Agencia para el desarrollo de políticas e investigación en salud)
- Certificación por HONcode provista por la fundación *Health on the net*.
- Certificación pWMC (proyecto webs médicas de calidad)

Se escogieron como referencia estas fuentes dado que cuentan con el prestigio de la comunidad médica y son frecuentemente citados en la literatura como recursos fundamentales para evaluar la calidad de información de salud en Internet.

*Definición operacional:* Para medir la calidad técnica de los sitios web de maltrato infantil en esta investigación se diseñó un instrumento de evaluación basado en las directrices propuestas por las entidades antes citadas. Se excluyeron algunos de los ítems propuestos por la Asociación Americana de Medicina, MedlinePlus o AHCPR, como los referidos a comercio electrónico, dado que no resultan pertinentes a esta investigación. Los ítems evaluados son comunes a las organizaciones y concuerdan en sus definiciones, y todos ellos han sido desarrollados específicamente para sitios web con contenidos de salud. Esta pauta fue sometida a la aprobación de un panel de 2 expertos en Informática de la Salud. Consta de los siguientes 13 ítems, cada uno de igual valor para el análisis global de la calidad técnica del sitio evaluado:

#### Identidad:

- Propiedad: especificación de la propiedad de la página, incluyendo afiliaciones, alianzas estratégicas e inversionistas principales. Deben estar claramente mencionados en la página principal (página de inicio o *home page*) (1)
- Información de contacto: dirección postal, teléfono y dirección de correo electrónico (2)
- Finalidad: la misión y el propósito del sitio web deben ser publicados y resultar coherentes con la información desplegada. En esta investigación en particular deben explicitar su intención de ayudar al niño maltratado (3)

Patrocinio y fondos: aportes y fondos para contenido específico deben estar claramente indicados. El contenido debe ser fácilmente distinguible de la publicidad, si es que la hay (4)

#### Calidad de la navegación:

- Lenguaje: la complejidad del lenguaje debe ser apropiada para la audiencia a la cual esta orientada el sitio, incluyendo gramática, ortografía y composición adecuadas (5)
- Actualidad: la fecha de la última actualización debe aparecer en el sitio y ser menor a 12 meses a la fecha de evaluación (6)
- Fuentes: la autoría del contenido debe estar claramente indicada, incluyendo referencias y citas (7)

- Enlaces: presencia de enlaces pertinentes y activos intra y extrasitio (8)
- Navegabilidad: presencia de un mapa del sitio, herramienta de búsqueda intra-sitio, página de preguntas frecuentes (9)

Publicidad: debe ser fácilmente distinguible del contenido. No debe ser presentada sobre, entremedio o adyacente a un contenido con el mismo tema. El sitio debe contar con una política de publicidad donde se establezca que los anunciantes o patrocinadores no participan en seleccionar o editar información de salud contenida en él (10)

Privacidad: debe contar con una política de privacidad que resguarde la información personal del usuario. Cualquier recolección de datos personales debe ser autorizada explícitamente. Esta información no podrá ser compartida con otros a menos que exista una autorización expresa para ello (11)

Confidencialidad: en caso de existir relatos personales debe asegurarse y protegerse el anonimato de la fuente o contar con un consentimiento informado publicado dentro del contenido del sitio (12)

Certificación: el sitio esta certificado por HONcode o pWMC (13)

Para cada sitio web se evaluó cada una de éstas características pudiendo ser registrada como lograda (valor=1), no lograda (valor=0) o parcialmente lograda (valor=0,5). El puntaje máximo para un sitio que cumplía con todas las características deseables de calidad técnica es de 13 puntos con esta pauta.

## **2. Calidad del contenido del sitio evaluado**

Variable independiente.

*Definición conceptual:* La información sobre maltrato infantil desplegada en un sitio web orientado al público general debe ser útil para responder distintos niveles de preguntas como:

¿Qué es el maltrato infantil? ¿Cómo prevenirlo? ¿Cuándo sospecharlo? ¿Qué hacer si sé de un caso? ¿Qué hacer si yo maltrato a mis hijos, dónde conseguir ayuda? Así como herramientas de prevención como orientación sobre pautas de crianza saludable, desarrollo normal de los niños, y utilizar la posibilidad de interactuar con los usuarios para aumentar el conocimiento y el bienestar de la población infantil.

*Definición operacional:* Se optó por utilizar como guía la información que la Asociación Americana de Medicina entrega a la población general en su sitio web sobre maltrato infantil (Anexo 2, en inglés) (68). Se consideró importante usar de comparación una fuente disponible en Internet para realizar una comparación justa y se prescindió de los sitios chilenos para no excluirlos de la investigación.

Se incorporó un nuevo parámetro: “ayuda en la denuncia” consignándose la presencia en el sitio web de teléfonos donde denunciar situaciones de maltrato o pedir consejería o la existencia de un formulario web, esto con el fin de explorar la utilización de una de las características de Internet, la interacción con el usuario.

También se consideró de manera global (en la sección comentarios de la planilla) , sin un ítem en particular, que la información relativa a maltrato infantil estuviera redactada en un lenguaje amigable y cercano, fácil de leer y comprender, incluso para un niño en edad escolar o adolescente.

Se elaboró una pauta de evaluación del contenido basada en el sitio web de la Asociación Americana de Medicina, donde cada eje se definió como se detalla a continuación:

- Definición del maltrato infantil: debe existir en el sitio alguna definición de maltrato infantil donde se incluya el grupo etáreo expuesto (en Chile, los menores de 18 años) (1)
- Formas de presentación: debe mencionarse en el sitio los distintos tipos de maltrato: maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia y abuso sexual con una pequeña descripción de cada uno. En esta tesis se considero el abuso sexual como una forma más de maltrato infantil y los instrumentos se diseñaron de manera acorde entregando igual valoración y utilizándolo como “palabra clave” en las búsquedas automatizadas para la construcción de la muestra. No se consideró pertinente aislarlo dado que es un

estudio exploratorio y el tamaño muestral es insuficiente para realizar análisis más segmentados (2)

- Signos o señales de alerta: deben listarse, al menos, los signos físicos y psicológicos que presentan los niños abusados (3)
- Factores de riesgo: debe mencionar, al menos, los factores de riesgo de los niños (4)
- Diagnóstico y tratamiento: debe enfatizar la necesidad de tratamiento y protección de los niños abusados (5)
- Prevención: debe entregarse información que oriente en la prevención del maltrato como: técnicas de crianza, manejo de estrés y la ira en los padres y, en el caso de abordar el abuso sexual, prácticas de autocuidado (6)
- Ayuda en la denuncia: Debe disponer de un formulario de denuncia o un teléfono donde realizar una denuncia. Se consideraron como ítems independientes la presencia en el sitio web de teléfono de denuncia o contacto (7) y la de un formulario web (8), dado de que uno de los objetivos específicos del estudio era evaluar la presencia de este último como herramienta interactiva.

Para cada ítem evaluado se consideró logrado (valor=1), no logrado (valor=0), parcialmente logrado (valor=0,5). El puntaje máximo para la pauta de contenido de maltrato infantil esperado fue de 8.

### **3. Encontrabilidad del sitio web evaluado**

Esta variable es dependiente de la calidad técnica y el contenido del sitio web. Esto se ha demostrado empíricamente en diversas investigaciones (14, 66).

*Definición conceptual:* Internet es un medio de comunicación relativamente nuevo y con abundante información de los más diversos temas. Encontrar la información que uno necesita o hacer visible la información que uno quiere hacer llegar a cierta población no puede ser dejado al azar. Por ello es necesario explorar qué tan sencillo es hallar los sitios web con información adecuada y precisa sobre maltrato infantil en los buscadores automatizados, que son las herramientas más utilizadas por el público general para acceder a información en Internet (49).

*Definición operacional:* Para medir la encontrabilidad al mismo tiempo que se construyó la muestra ingresando 5 “palabras claves” en los buscadores automatizados elegidos, se consignó el lugar en que el sitio web a evaluar aparecía en los resultados retornados por el buscador. Por ejemplo: Al ingresar las palabras “maltrato infantil” en el buscador automatizado Google Chile, el sitio del SENAME aparecía en el cuarto lugar.

#### **4. Origen del sitio web evaluado**

Variable independiente.

*Definición conceptual:* Una de las características de los sitios web confiables es el reconocimiento explícito de la persona u organización que respalda determinado sitio web. Se incluyó como una variable independiente en esta investigación dado que investigaciones previas que exploran la calidad de los sitios web de salud en otras áreas han mostrado que los sitios desarrollados por el gobierno o las universidades son los que tienen los contenidos más precisos y útiles. Es necesario aclarar que todas estas investigaciones se han realizado en EEUU (12, 18).

*Definición operacional:* Al momento de recolectar la muestra se consignó el origen del sitio web. Se consideraron 3 categorías: organismos del Estado, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y otros. No se construyó una categoría para universidades dado que en la muestra con que se trabajó (n=58), solo 2 universidades tuvieron sitios web que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **Instrumentos**

Durante la elaboración de esta investigación se construyeron 2 instrumentos: uno para evaluar la calidad técnica de los sitios web evaluados y el segundo para medir la calidad del contenido sobre maltrato infantil desplegado.



*Instrumento 1:*

Nombre: Pauta para evaluar la calidad técnica de sitios web de salud en español

Objetivo: Cuantificar de manera rápida y sencilla la calidad técnica de un sitio web de salud orientado al público general en idioma español

Descripción: Consta de 13 categorías (descritas en definición de variables operacionales: calidad técnica). Cada una de ellas se evalúa como lograda, no lograda o lograda parcialmente en el sitio web correspondiéndose con un puntaje de 1, 0 ó 0,5. Luego se evalúa la sumatoria simple de los resultados. Es decir, todas las categorías tienen igual valor. Las categorías evaluadas en este instrumento son aquellas consideradas importantes de pesquisar en sitios para público general por entidades líderes (60-64) El instrumento fue además revisado por 2 expertos en informática de la salud para asegurar su consistencia interna. No se realizaron experimentos previos para identificar su validez ni confiabilidad, pero instrumentos similares se han usado en estudios para evaluar la calidad técnica de sitios web de salud en inglés y en otras áreas como artritis reumatoide (18), fibrosis quística (14) depresión (66), enfermedad obstructiva pulmonar crónica, esguince de tobillo, anticoncepción de emergencia, metrorragia y esterilización femenina (65)

*Instrumento 2:*

Nombre: Pauta para evaluar los contenidos mínimos de los sitios web orientados al público general sobre maltrato infantil en español

Objetivo: Cuantificar de manera rápida y sencilla si un sitio web sobre maltrato infantil orientado al público general cuenta con la información mínima para responder a las preguntas y necesidades de un usuario. Se consideró como la información mínima deseable la equivalente a la que se suele encontrar en los trípticos distribuidos por el MINSAL en sus campañas de prevención o por UNICEF, pero en formato web.

Descripción: Consta de 8 categorías, cada de una de ellas con una descripción de la información mínima que debe contener para considerarse lograda (descritas en definición de variables operacionales: contenidos), no lograda o parcialmente lograda, asignándose un valor de 1, 0 o 0,5 respectivamente. Cada categoría tiene idéntico valor y se utilizó una sumatoria simple para el posterior análisis estadístico.

Además se construyó una planilla para recolectar los datos para medir la encontrabilidad de los sitios web evaluados donde se registró el lugar de cada sitio en el retorno que entregaba cada buscador automatizado a cada una de las 5 preguntas con “palabras claves” que se usaron para construir la muestra. Estos puntajes podían ir de 1 a 50 dado que se revisaron los 50 primeros retornos para cada una de las preguntas. Mientras mas cercano el puntaje es a 1, más “visible” es el sitio web evaluado al público general dado que el buscador automatizado lo ofrece en los primeros retornos y muchos usuarios no revisan mas allá de la primera página de retornos que usualmente incluye solo los primeros diez (67).

Se incluyó, además, en la planilla de recolección de datos, la posibilidad de registrar “comentarios” surgidos de la información pesquisada en los sitios web evaluados que no quedaba registrado de otra manera. Por ejemplo: tres de los sitios evaluados, más que información sobre maltrato infantil, eran sitios de difusión anti-aborto o el sitio ConTacto (URL<sup>4</sup> o dirección web: <http://www.contacto.uchile.cl/index01.htm>), desarrollado para promover la educación sexual entre los jóvenes chilenos de La Pintana y auspiciado por la Universidad de Chile que al indagar que hacer ante un caso de abuso sexual lleva a información de como proceder en Costa Rica. O el sitio Portalnuevemeses.com que tiene una página web en su sitio llamada prevención del abuso sexual infantil donde se listan una serie de mitos relativos al abuso sexual intrafamiliar y sin aclararlos se promociona un taller pagado.

A continuación se incluye la planilla de recolección de datos que se completó para cada una de las páginas evaluadas. Se presenta con la información recogida en la página del SENAME, a modo de ejemplo:

---

<sup>4</sup> URL: Uniform Resource Locator. Término técnico que denota la localización de un sitio web y otros atributos

Nombre de la Página web: Maltrato Infantil

Institución: SENAME

Fecha evaluación: 13 abril 2006

Característica evaluada		Si	No	Parcialmente
Identidad	Propiedad	X		
	Contacto	X		
	Finalidad	X		
Patrocinio		X		
Calidad del contenido	Lenguaje	X		
	Actualidad		X	
	Fuentes			X
	Links	X		
	Navegabilidad			X
Publicidad		X		
Privacidad		X		
Confidencialidad		X		
Certificación			X	

Puntaje obtenido (13): 10

Característica evaluada		Si	No	Parcialmente
Definición				X
Formas de presentación		X		
Signos		X		
Diagnóstico y tratamiento				X
Factores de riesgo				X
Prevención			X	
Ayuda en la denuncia	Teléfono de denuncia	X		
	Formulario denuncia		X	

Puntaje obtenido (8): 4.5

Maltrato Infantil - Google	MI -Yahoo	MI -Todocl.cl
4	/	8

Abuso Sexual - Google	AS -Yahoo	AS - Todocl.cl
/	/	3

Violencia Intrafamiliar – Google	VI - Yahoo	VI -Todocl.cl
/	/	/

Que hacer... - Google	QH - Yahoo	QH - Todocl.cl
17	/	4

Como ayudar... - Google	CA - Yahoo	CA - Todocl.cl
/	/	/

Comentarios:

## Unidad de análisis

En el análisis de los datos se realizaron pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Para cada sitio web identificado como parte de la muestra (n=58) se completó el formulario antes descrito de manera de evaluar la calidad técnica del sitio web, la calidad del contenido desplegado y su encontrabilidad mediante buscadores automatizados.

Se construyó una matriz de datos. Luego se construyeron tablas de frecuencia para cada una de las variables evaluadas. Tanto los puntajes generales (suma de todos los ítems evaluados) como los de calidad técnica y los de contenido de los sitios tuvieron un patrón de distribución normal. Se calculó el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson para establecer si existía una correlación entre la calidad técnica y el contenido de los sitios web evaluados, lo que además se estudió gráficamente.

Se realizaron, además, pruebas de correlación para el subconjunto de datos definido según el origen de los sitios web, buscando nuevamente correlación entre la calidad técnica y los contenidos del sitio. Además, se resumieron los puntajes para cada ítem de las variables calidad y contenido y se calculó la mediana. La distribución de los puntajes para los ítems que componían las variables de calidad y contenido no tuvieron una distribución normal. Finalmente, se realizaron pruebas  $t$  de Student para ver si existían diferencias estadísticamente significativas entre la calidad técnica y los contenidos de los sitios web estudiados según sus orígenes.

Para las pruebas estadísticas se utilizaron Microsoft Excel 2004 para Macintosh y R versión 2.3.1.

## Resultados

### Resultados generales

Se evaluaron 58 sitios web con información sobre maltrato infantil orientada al público general chileno.

Para los análisis posteriores se construyeron 3 grupos según el **origen** del sitio: sitios web de gobierno como SENAME, MINSAL, JUNJI; sitios web de ONGs como UNICEF, PAICABÍ y sitios web de otros orígenes que incluyó sitios web de clínicas, particulares, universidades y asociaciones profesionales entre otros. En el Anexo 3 se incluye un listado de los sitios web que conformaron la muestra según su origen. En la siguiente tabla se ilustra como se distribuyeron los sitios web incluidos en la investigación según su origen.

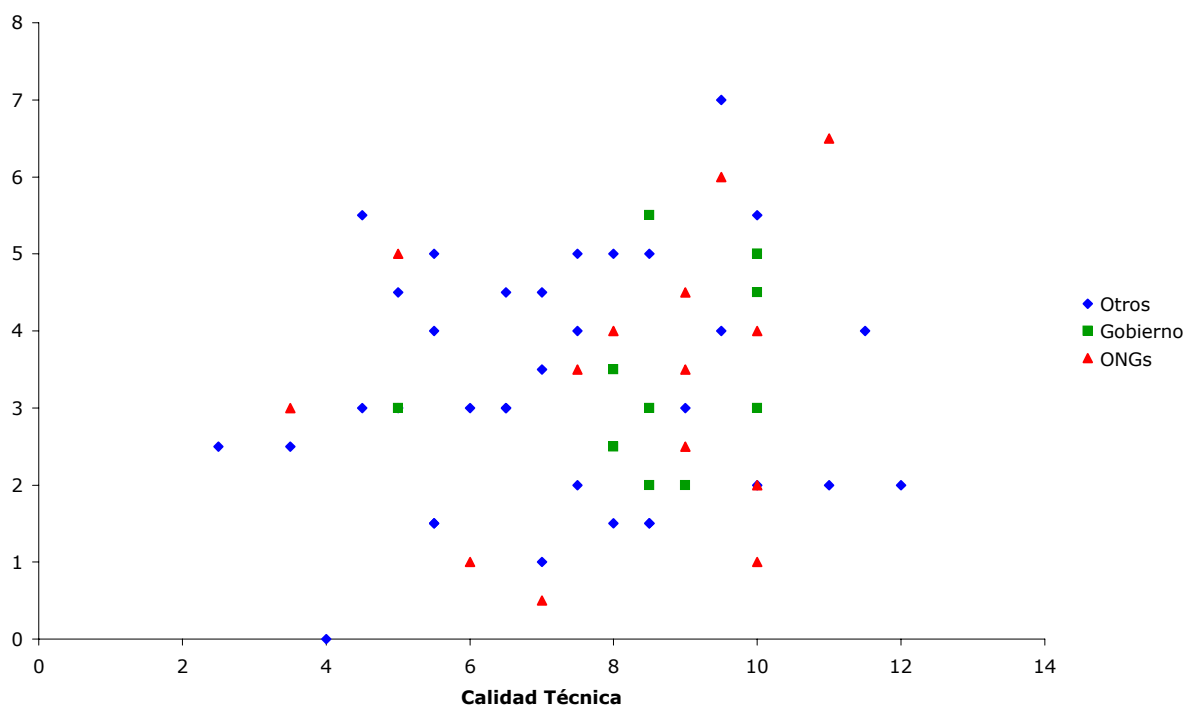
Tabla 4: Sitios web según su origen

<b>Origen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gobierno</b>	10	17
<b>ONGs</b>	14	24
<b>Otras</b>	34	59
<b>Total</b>	58	100

Se comparó la **calidad técnica** de los sitios web estudiados, ya separados según su origen, con la calidad de sus **contenidos**. No se observó relación alguna entre estas dos variables (coeficiente de correlación  $r$  de Pearson de 0,17 (no significativo)).

Existió una gran dispersión entre las variables de **calidad técnica** y **contenido** dentro de la muestra estudiada, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

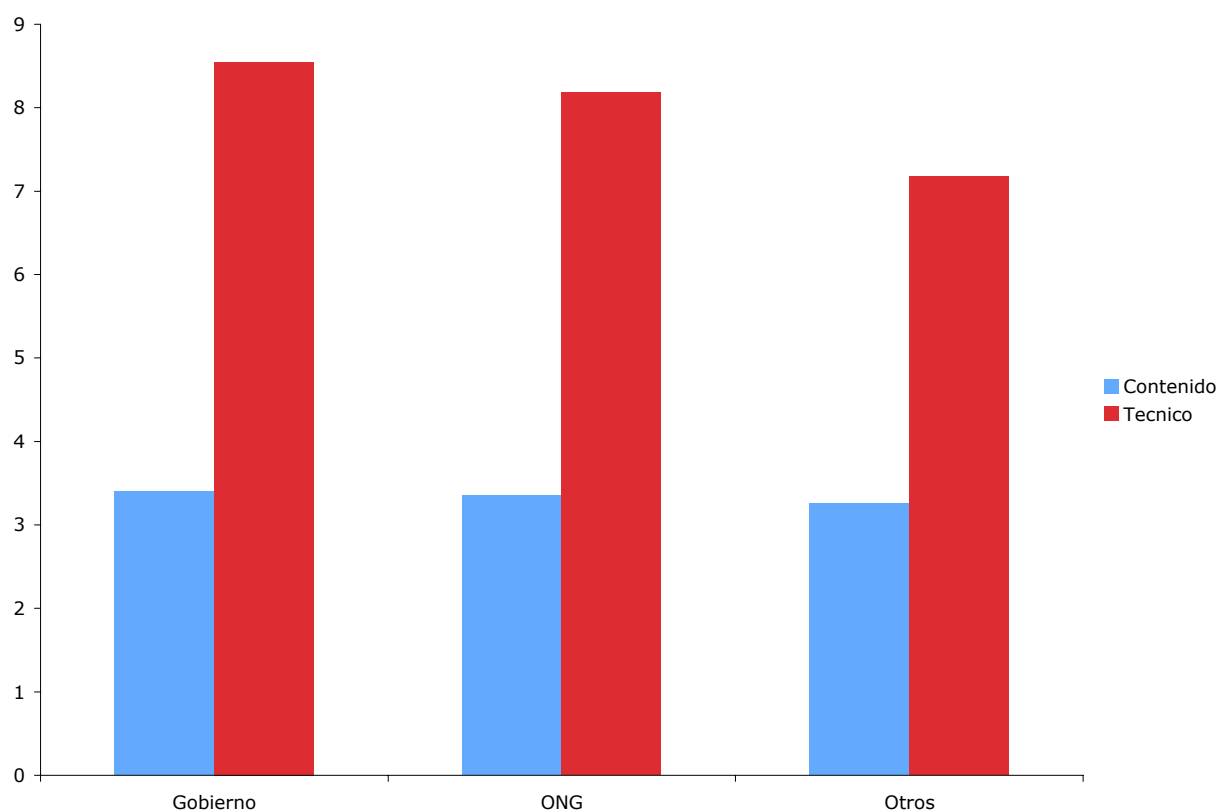
Gráfico 1: Relación entre la calidad técnica y los contenidos de los sitios web de acuerdo a su origen



Se observa que hay sitios web de los 3 orígenes evaluados: gobierno, ONGs y otros que, pese a tener un puntaje aceptable en **calidad técnica**, presentan muy deficientes **contenidos**.

En el siguiente gráfico se aprecia como el **contenido** relativo a maltrato infantil disponible en los sitios web para el usuario chileno es muy básico, con un promedio de 3,33 puntos de un máximo posible de 8. Esto es independiente de quién provea la información. La **calidad técnica** es ligeramente superior en los sitios de gobierno y de las organizaciones no gubernamentales. El promedio general, sin embargo, es bastante bajo (8 puntos de un máximo de 13). Ningún sitio logra el puntaje máximo.

Grafico 2: Promedio de la calidad técnica y de los contenidos de los sitios web agrupados según su origen



Según la literatura, los sitios web de organismos de gobierno y educacionales proveen información mas exacta y confiable que sitios de otros orígenes. Para verificar esto se realizó una prueba t de Student entre los sitios web de gobierno y ONGs comparándolos con los de otros orígenes.

Al comparar la **calidad técnica** del conjunto de los sitios web de gobierno y ONGs con los de otros orígenes mediante la prueba t de Student se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Al comparar la calidad de los **contenidos** de los sitios web de gobierno y ONGs con los de otros orígenes no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,76$ ).



## Resultados específicos

En la siguiente tabla se analizan cada uno de los 8 ítems del instrumento construido para evaluar los **contenidos** de los sitios web dedicados al maltrato infantil agrupados según su origen. Como los datos no presentan una distribución normal, se calculan las medianas en lugar del promedio.

Tabla 5: Medianas para cada ítem de los contenidos según el origen de los sitios web

<b>Ítem</b>	<b>Gobierno</b>	<b>ONG</b>	<b>Otros</b>
<b>Definición</b>	0,50	0,50	0,50
<b>Formas de presentación</b>	0,75	0,50	0,50
<b>Prevención</b>	0,50	0,25	0,50
<b>Factores de riesgo</b>	0,00	0,25	0,00
<b>Signos y síntomas</b>	0,00	0,50	1,00
<b>Diagnóstico y tratamiento</b>	0,75	0,00	0,50
<b>Teléfono denuncia</b>	1,00	0,50	0,00
<b>Formulario denuncia</b>	0,00	0,00	0,00

En la tabla anterior se advierte que tanto los sitios web de gobierno como los de las ONGs y los de otros orígenes tienden a entregar información sobre la definición de maltrato de similar calidad. La mayoría de los sitios de otros orígenes enfocan sus contenidos sobre maltrato infantil en los signos y síntomas que manifiestan los niños, mientras este contenido en particular aparece poco representado en los sitios de gobierno. No sucede lo mismo con los contenidos referidos a diagnóstico y tratamiento, donde podemos notar que los sitios de gobierno muestran una mayor presencia de éstos al compararlos con los de los sitios web de ONGs y de otros orígenes. La mayoría de los sitios web de gobierno entregan entre sus contenidos un teléfono de denuncia o contacto. Ninguno de los 58 sitios incluidos en la muestra contenía un formulario Internet de denuncia o contacto.

En la siguiente tabla se muestra el número de sitios que tenían política de confidencialidad y privacidad, dos de las categorías evaluadas dentro de la variable **calidad técnica** de los sitios web. Estos dos ítems se consideraron especialmente relevantes por las características de enfermedad con estigma social y cultural que tiene el maltrato infantil.

Tabla 6: Presencia de política de confidencialidad y privacidad en los sitios web estudiados

<b>Presencia de políticas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sin políticas</b>	46	79
<b>Solo política de confidencialidad</b>	1	2
<b>Solo política de privacidad</b>	6	10
<b>Ambas</b>	5	9
<b>Total</b>	58	100

Como material complementario se incluye un listado de los sitios con políticas de confidencialidad y privacidad (Anexo 4).

Solo 2 de los sitios web evaluados tenían alguna certificación, otro de los ítems evaluados dentro de la **calidad técnica**. Estos fueron: Colegio de Enfermeras.cl y Pediatraldia.cl.

En la siguiente tabla se listan los 6 mejores sitios web dedicados a maltrato infantil para el público general chileno en cuando a **calidad técnica** y **contenidos** considerados globalmente.

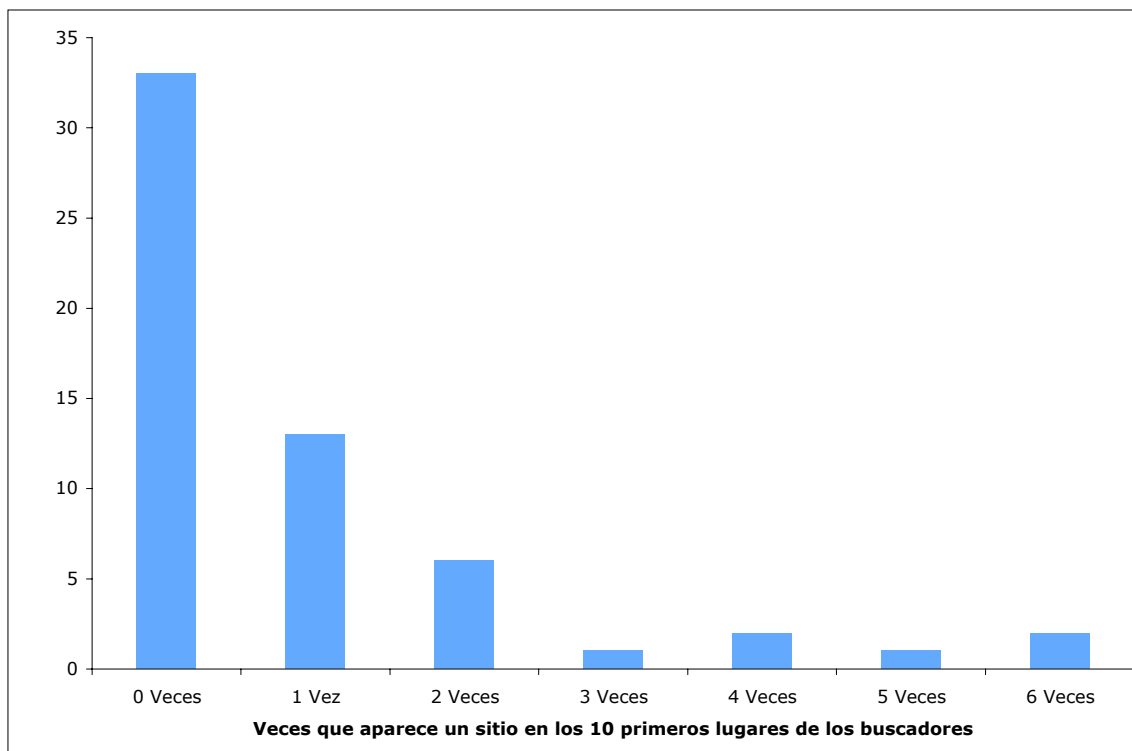
Tabla 7: Los 6 mejores sitios web según su calidad técnica y de contenidos

Nombre del sitio web	Puntajes de calidad		Características del sitio web
	Técnica	Contenidos	
<b>Violenciaintrafamiliar.org</b>	11,0	6,5	Un sitio desarrollado por el Grupo Proceso, patrocinado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
<b>Medwave.cl</b>	9,5	7,0	Un sitio privado comercial, dedicado a la educación médica continua, con artículos de interés general
<b>Clínica Las Condes.cl</b>	10,0	5,5	El sitio de la clínica Las Condes, que dispone de una sección de “temas de salud” para sus usuarios donde incluye artículos de maltrato infantil
<b>Pediatraldia.cl</b>	11,5	4,0	Sitio del pediatra Pedro Barreda con información de diversos temas de salud infantil y del adolescente. La presentación de la información es confusa ya que se encuentra en varias páginas sin un orden lógico
<b>UNICEF.cl</b>	9,5	6,0	Sitio de UNICEF Chile. La información sobre maltrato infantil es una cartilla que hay que descargar para poder leer, con información completa, pero de muy difícil acceso
<b>SENAME.cl</b>	10,0	4,5	Sitio del Servicio Nacional de Menores del Gobierno de Chile. Bien organizado

Se evaluó la encontrabilidad de los sitios web identificados en esta investigación primero de manera global, para todos los sitios web estudiados, y luego solo para los sitios de mejor calidad. Debe considerarse que se realizaron 15 búsquedas automatizadas (se ingresaron 5 “palabras claves” en 3 buscadores automatizados). Esto generó un universo de 750 sitios web relacionados con maltrato infantil. De ellos, 53 se consideraron apropiados para la investigación y se integraron a la muestra. Por lo tanto, al evaluar la variable encontrabilidad es fundamental tener presente que cada sitio web podría haber sido encontrado hasta 15 veces en 15 búsquedas separadas.

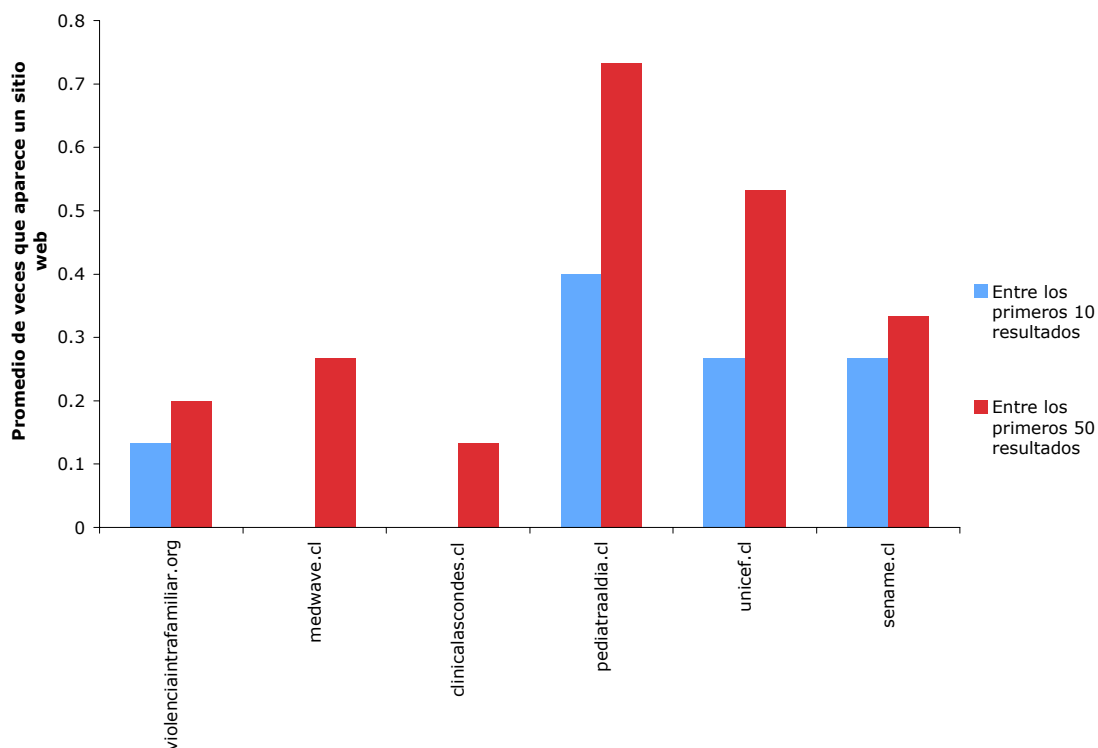
En el siguiente gráfico se observa el número de veces que cada sitio web identificado en la muestra apareció en las búsquedas automatizadas realizadas con Google, Yahoo y Todocl.cl entre los 10 primeros retornos(67). Se utilizó este rango porque la mayoría de las personas no revisa mas allá de la primera página de resultados provista por un buscador automatizado.

Grafico 3: Número de veces que un sitio web de maltrato infantil aparece entre los primeros 10 retornos de una búsqueda automatizada



La mayoría de los sitios web evaluados en esta investigación no aparecen entre los 10 primeros retornos de los buscadores automatizados. En el gráfico a continuación se observa el promedio de veces que cada uno de los 6 mejores sitios web aislados en esta investigación aparece entre los 10 primeros retornos de las búsquedas automatizadas, y también el promedio de veces que estos mismos sitios aparecen entre los primeros 50 retornos revisados.

Gráfico 4: Promedio de veces que cada uno de los 6 mejores sitios web dedicados a maltrato infantil aparece dentro de los 10 primeros retornos de una búsqueda automatizada y entre los 50 primeros retornos



Se observa que los sitios web dedicados al maltrato infantil para el público chileno de mejor calidad tienen escasa representación dentro de los 10 primeros retornos en los buscadores automatizados.

## **Análisis de los resultados**

El objetivo de esta investigación fue conocer el estado de la información referente a maltrato infantil disponible para el público chileno en Internet. Los resultados muestran que la calidad técnica y del contenido de la información existente es muy variable.

El número de sitios encontrados y evaluados dentro de esta investigación, 53 sitios en las 15 búsquedas realizadas mediante “palabras claves” que generaron 750 retornos, es similar a lo reportado en otras investigaciones sobre calidad y contenido de salud en Internet. El 17% de los sitios web incluidos en la investigación fueron sitios web de gobierno, el 24% de ONGs y el restante 59% de otros orígenes. Esta composición no es la usualmente descrita en la literatura anglosajona, donde los grupos de estudio habituales son gobierno, universidades y otros sitios preferentemente comerciales. No existe literatura que explore los orígenes de la información sobre salud en Internet en países en desarrollo.

La amplia dispersión observada en los puntajes, tanto en la calidad técnica como en los contenidos, y la escasa o nula correlación entre estas dos variables también ha sido descrita previamente en la literatura. La calidad de los contenidos fue notoriamente baja en todos los grupos estudiados. Ningún grupo alcanza a cubrir la mitad de los contenidos definidos como mínimos en esta investigación.

Llama la atención que los sitios del gobierno de Chile no sean los que entregan los contenidos más exactos y confiables, a diferencia de lo documentado en publicaciones extranjeras. La calidad técnica de los sitios web de los organismos gubernamentales y ONGs evaluados fue estadísticamente superior a los de otros orígenes.

Dentro del análisis detallado de los contenidos sobre maltrato infantil, sobresale el hecho que en los sitios de gobierno se enfatiza la necesidad de denunciar y tratar el maltrato infantil y se proporciona un teléfono de denuncia muchas más veces que en los sitios web de otros orígenes. Esto concuerda con la misión del Estado de proteger la infancia y salud de los niños chilenos. Sin embargo, los mismos sitios de gobierno son los que entregan información sobre los signos y síntomas que permiten sospechar que un niño esté siendo abusado en menor

proporción. Otro aspecto interesante es la escasa información entregada en los sitios web evaluados sobre cómo prevenir el maltrato y cuáles son los factores de riesgo asociados a esta condición. En su mayoría, la información disponible en Internet está centrada en definir qué es el maltrato y qué tipos de maltrato existen. Esto puede ser muy importante, ya que cuando una víctima (o un miembro de la familia afectado) encuentra información, y puede de este modo “darle un nombre” a su problema, reconocerlo como inaceptable e iniciar su búsqueda de ayuda y un tratamiento, es sin duda un avance, pero la falta de coherencia interna de los contenidos de los sitios web es notoria.

Ninguno de los sitios evaluados proporcionaba un formulario para hacer denuncias por Internet. Esta variable se introdujo con el fin de explorar el uso de la interactividad que otorga Internet. Es posible que algunos sitios en un inicio tuvieran esta herramienta y la deshabilitaran por las dificultades técnicas y éticas que implica recibir denuncias anónimas. Otras formas efectivas de promover la interactividad es implementar foros en los sitios web, plataformas de preguntas y respuestas a distintos expertos, entre otras. Ninguna de ellas se pesquisó en esta investigación como estructura complementaria al despliegue pasivo de información sobre maltrato infantil.

Llama la atención que, pese a ser el maltrato infantil un tema sensible, difícil de hablar y que muchas veces estigmatiza a sus víctimas, solo 12 de los 58 sitios evaluados (20%) hayan tenido una política de confidencialidad y/o privacidad. Esto puede deberse a la inmadurez de Internet en Chile y al desconocimiento de los principios éticos que es deseable que existan en ella.

De los 2 sitios certificados uno de ellos, [Pediatraldia.cl](http://Pediatraldia.cl), está entre los 6 mejores sitios para informarse sobre maltrato infantil para el público chileno. Esto sugiere un adecuado diseño de los instrumentos y su confiabilidad, pero el pequeño tamaño de la muestra hace impracticable realizar una demostración estadística.

Al examinar los 6 mejores sitios web sobre maltrato infantil para el público chileno notamos que ninguno alcanza el puntaje máximo ni para la calidad técnica ni para la calidad de sus



contenidos. Solo el mejor de ellos, [Violenciaintrafamiliar.org](http://Violenciaintrafamiliar.org), es un sitio íntegramente dedicado a temas relacionados con la violencia en la familia. Todos los demás, [Medwave.cl](http://Medwave.cl); [ClínicaLasCondes.cl](http://ClínicaLasCondes.cl); [Pediatraldia.cl](http://Pediatraldia.cl); [UNICEF.cl](http://UNICEF.cl) y [SENAME.cl](http://SENAME.cl) abordan diferentes tópicos. Algunos de ellos son bastante alejados al maltrato infantil, como [Medwave.cl](http://Medwave.cl) que es un sitio de educación continua para profesionales de la salud que tiene una charla de maltrato infantil orientada al público general muy completa y por ello se encuentra en la muestra, pero no entrega material complementario ni está en general orientado a ello. Los sitios web de la [ClínicaLasCondes.cl](http://ClínicaLasCondes.cl) y [Pediatraldia.cl](http://Pediatraldia.cl) tienen contenido referido a maltrato infantil en diferentes páginas web dentro de su sitio sin un orden lógico, lo que hace difícil encontrarlas. El sitio de [UNICEF.cl](http://UNICEF.cl) tiene la información sobre maltrato infantil para el público en una cartilla que hay que descargar. Esto implica que el usuario, además de saber usar Internet, tiene que estar familiarizado con la descarga y almacenamiento de archivos, y tener programas especiales instalados en el computador (se trata de un archivo .PDF). De este modo se impone una barrera extra para acceder a la información. El sitio web del [SENAME](http://SENAME.cl), aunque no posee información completa acerca del maltrato infantil, es muy atractivo y fácil de usar.

Los sistemas de búsqueda automatizados no fueron las mejores herramientas para encontrar información sobre el maltrato infantil que sea útil para los chilenos. Solo 117 de los 250 retornos (46%) obtenidos en Google Chile correspondieron a sitios web que cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación, y éste fue el buscador con mejor desempeño. La mayoría de los sitios web que aparecen en los retornos de los buscadores automatizados, por ejemplo al digitar “maltrato infantil”, son sitios web comerciales, de noticias, de otros países aunque se haya especificado que uno busca información de Chile, de artículos científicos o sencillamente sitios web sin información sobre maltrato infantil. Esto puede resultar muy frustrante para una persona que esté buscando ayuda por la pérdida de tiempo inherente y por la sensación de incomprensión y falta de asistencia que muchas veces se experimenta en estos casos.

La encontrabilidad de los sitios web incluidos en la investigación es muy baja. La gran mayoría de los sitios web no aparecen nunca entre los 10 primeros retornos de las búsquedas automatizadas, lo que los hace casi inexistentes para un usuario general de Internet. Al

examinar como se comportan los sitios web de mejor calidad vemos que el mejor sitio, [Violenciaintrafamiliar.org](http://Violenciaintrafamiliar.org), es escasamente encontrable entre los 10 primeros retornos de una búsqueda automatizada, mientras que [Medwave.cl](http://Medwave.cl) y [ClinicaLasCondes.cl](http://ClinicaLasCondes.cl) simplemente no aparecen entre los 10 primeros retornos. [Pediatraldia.cl](http://Pediatraldia.cl), [UNICEF.cl](http://UNICEF.cl) y [SENAME.cl](http://SENAME.cl) aparecen con mayor frecuencia entre los primeros 10 retornos, pero en ningún caso aparecen en todas las búsquedas automatizadas, que sería lo óptimo para asegurar la adecuada información sobre maltrato infantil en la población general.

La mayoría de las instituciones de gobierno que tienen relación con la infancia cuentan con algún grado de información sobre maltrato infantil en sus sitios web. Las excepciones notorias en esta muestra fueron los sitios web del Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia, que solo cuentan con links o enlaces a sitios webs con información como la página del SENAME. Es interesante que, de los 5 sitios web incorporados mediante búsquedas manuales, 3 correspondieran a sitios web de gobierno. Esto puede explicarse porque la información sobre maltrato infantil en estos sitios web fue de difícil acceso y los buscadores automatizados no son capaces de censarla adecuadamente.

Dentro de los sitios web de instituciones chilenas públicas y privadas que no tienen información sobre maltrato infantil y, por lo tanto, no pudieron ser incluidos en esta investigación se encuentran sitios web de hospitales y clínicas privadas, Fonasa, Isapres y universidades que imparten carreras del área de la salud como medicina y psicología. Estos sitios web cuentan con información de salud preventiva: obesidad, nutrición, primeros auxilios, intoxicaciones y otras. Sin embargo, pese a la alta prevalencia del maltrato infantil en Chile, comparable por ejemplo a la obesidad infantil, y pese a que es una de las prioridades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría impulsado por el Estado, en ellos el tema es ignorado completamente.

Sólo un sitio web de los 58 evaluados (1,7%), Portal Nueve Meses, entregaba información inexacta o errónea y la utilizaba para promocionar un taller pagado. No existe literatura sobre salud mental e información errónea en Internet, pero en concordancia a lo encontrado en una investigación relativa a cáncer de mamas “*Accuracy and self correction of information*

*received from an internet breast cancer list: content analysis*” o “Exactitud y autocorrección de la información en un foro Internet sobre cáncer de mamas: análisis del contenido” (51) la información errónea o falsa parece no ser un problema importante en torno a la difusión de información de maltrato infantil en Internet. Es posible que esto se deba a que no existe un retorno económico fácil de explotar.

## **Discusión**

Una de las aristas de la promoción y la prevención del maltrato infantil es la difusión del problema. Hasta el momento, los medios de comunicación más usados han sido los tradicionales: radio, televisión y prensa escrita. Hoy, con la aparición de Internet, los profesionales de la salud mental cuentan con una nueva herramienta de trabajo que puede ser utilizada con estos fines. Esta herramienta tiene, además, algunas diferencias con las tradicionales. La más importante es que permite interactuar con el usuario y entre los usuarios. A diferencia de los medios de comunicación previos, en los cuales el público siempre es un observador pasivo y que encuentra muchas dificultades para expresar su opinión, Internet tiene una barrera de entrada extremadamente baja.

Los mejores sitios web para informarse de maltrato infantil en Chile fueron creados por una ONG con fondos de Naciones Unidas y por instituciones privadas. Esto es totalmente contrario a lo reportado en la literatura. Una explicación posible es que las investigaciones citadas han sido realizadas en países desarrollados. No existen investigaciones en países subdesarrollados y es concebible que el desarrollo de material educativo e informativo en Internet en estos países esté impulsado por otras fuentes. En esta investigación, solo en el sexto lugar aparece un sitio web creado por el gobierno de Chile. Otra posibilidad es que el Estado de Chile y las universidades chilenas tengan efectivamente información sobre maltrato infantil, pero no haya sido posible encontrar dichos sitios web para incluirlos en la muestra de manera automatizada ni manual. Esto puede deberse a errores en el diseño de los sitios web o falencias en el proceso de búsqueda. De todas formas, si éste es el caso, éstos sitios no son útiles ya que su información es prácticamente invisible para un usuario normal de Internet.

Actualmente no existe entre la comunidad médica un instrumento estandarizado para medir la calidad de un sitio web con información de salud. En este estudio se construyó un instrumento de evaluación de la calidad de los sitios web en español (Instrumento 1) que fue revisado por un panel de expertos en Informática de la Salud. Debido al escaso tamaño de la muestra de esta investigación, no fue posible establecer su confiabilidad ni validez. Sería deseable replicar esta investigación en un tema de salud mental con mayor presencia en Internet en

Chile, como por ejemplo depresión, para así lograr este objetivo. Esto constituye una de las limitaciones de este estudio que será necesario abordar en investigaciones futuras. Sin embargo, el hecho de que el instrumento utilizado fuera capaz de mostrar diferencias significativas entre los grupos es promisorio. Otra de las limitaciones de este estudio es que carece de inter-observadores, es decir, un solo investigador llevó a cabo la evaluación de todos los sitios web. Esto puede resultar en subjetividad que es imposible de controlar estadísticamente.

El Instrumento 2 no fue capaz de mostrar diferencias de contenidos referidos a maltrato infantil entre los 3 grupos analizados. Esto nos lleva a plantear varias preguntas: ¿Los ítems que evalúa el instrumento son los correctos? Estimamos que sí, ya que son los contenidos habitualmente difundidos en las campañas de promoción y prevención sobre maltrato infantil. O, acaso, ¿Al hacer promoción y/o prevención a través de Internet, debemos entregar información diferente a la habitualmente incorporada en trípticos y paneles? Esta alternativa posible escapa a los objetivos propuestos para esta investigación. Otra posibilidad es que el tamaño muestral haya sido insuficiente para encontrar diferencias o que, como apreciamos en esta muestra, la calidad general de los contenidos sobre maltrato infantil disponibles para el público chileno sea globalmente pobre. Esto se evidencia al revisar los 6 mejores sitios; ninguno de ellos alcanza el máximo puntaje para la calidad de los contenidos y el con menor puntaje en contenidos solo logra cumplir con la mitad de los requerimientos mínimos solicitados. En este instrumento se le asigna igual valor a un sitio web que tenga información sobre la definición del maltrato y sus tipos, que a aquellos con información de cómo prevenirlo. Si bien esto puede resultar poco congruente con la visión sustentada en esta tesis de la utilidad de Internet como herramienta para desarrollar estrategias de promoción y prevención, se optó por hacerlo de esta manera por tratarse de una investigación exploratoria.

Los resultados de esta investigación nos obligan a reflexionar sobre la necesidad de mejorar la calidad de la información sobre maltrato infantil en Internet. Entidades como SENAME o el “Comité de Maltrato Infantil” dependiente de la Sociedad Chilena de Pediatría, pueden liderar la construcción de criterios formales de evaluación aplicables a la información de maltrato infantil en línea disponible al público chileno. Chile necesita desarrollar al menos un sitio web

que aborde el maltrato infantil de manera global, preocupándose de cumplir con los criterios de calidad técnica que establece la comunidad de profesionales de la salud como mínimos para sitios con información de salud. Sus contenidos debieran incluir los usualmente desplegados en los trípticos impresos por el MINSAL o UNICEF, y además debe potenciar y utilizar las ventajas costo-efectivas de Internet ampliando la información básica ojalá en cada ítem, desarrollando formas de aprendizaje interactivas, abriéndose a la comunidad y construyendo comunidad en la web mediante foros, páginas de preguntas y respuestas, juegos, grupos de apoyo, desarrollando actividades para distintas edades y aplicables en diferentes situaciones (por ejemplo en la escuela, en la familia) y otras, de modo de convertirse en un recurso permanente para las familias y la sociedad chilena.

Como parte de las proyecciones derivadas de este estudio se debe trabajar en cómo implementar las más efectivas estrategias de prevención en línea para dos grupos especialmente afectados por el maltrato: los más desposeídos y los adolescentes. Las personas con menos ingresos en nuestra sociedad son también las con menos acceso a Internet, pero debemos recordar que la mayoría de las políticas de diseminación de Internet impulsadas por el Estado van precisamente a cerrar esta brecha y, una vez que las personas con menos recursos económicos acceden a Internet, la utilizan para buscar información de salud de igual manera que los demás grupos socio-económicos. Además, y especialmente en el caso de personas con menos recursos socio-económicos, el acceso a Internet puede ayudar a fortalecer sus redes sociales y conocer su entorno socio-cultural, si es que sitios web adecuados están a su alcance. Internet es una herramienta especialmente promisorio para comunicarse con los adolescentes. Por una parte sabemos que los adolescentes sufren maltrato en igual proporción que niños de otros grupos étnicos, pero muchas veces éste permanece oculto. Al mismo tiempo, los adolescentes se muestran reacios y desconfían de las fuentes formales de ayuda sico-social, ayudando a que las situaciones de maltrato permanezcan sin tratamiento. Internet puede ser el lugar donde se produzca el encuentro entre estos dos mundos y el adolescente se sienta efectivamente acogido por las redes de apoyo y tratamiento existentes en Chile. Esto puede ser especialmente valioso para los adolescentes varones, que se sabe son los más reacios a pedir ayuda.

Probablemente, Internet es para nuestro país en este momento un medio de comunicación complementario a los tradicionales. Es deseable que cuando una persona escuche sobre maltrato infantil o advierta que tiene dificultades en, por ejemplo, disciplinar sin violencia a sus hijos, pueda acceder a información de buena calidad, de manera anónima y confiable en Internet. En este momento esto no es posible para el usuario chileno. Pero aún si estimamos que pudiéramos trabajar sólo con el mejor sitio web, [violenciaintrafamiliar.org](http://violenciaintrafamiliar.org), este sitio es prácticamente in-encontrable para un usuario normal.

El principal aporte de esta tesis, para la psicología clínica, es haber reconocido la existencia de información sobre maltrato infantil en Internet para los usuarios chilenos y evidenciar que la calidad de ella es deficiente. Esto debe ser advertido a los pacientes, quienes deben ser orientados a los mejores sitios sobre maltrato infantil. Sin embargo, dado que Internet está siempre cambiando y agregando sitios y los sitios mismos modificando sus contenidos, estas recomendaciones deben mantenerse en revisión permanente por los mismos profesionales. Es probable que, en el caso específico de información de salud mental, sea recomendable que los profesionales del área, psiquiatras, psicólogos y otros, recomienden sitios web específicos al ser consultados.

A partir de esta investigación surgen muchas nuevas interrogantes, y quedan en evidencia necesidades que deben ser abordadas por la sociedad en su conjunto para dar una adecuada respuesta al complejo problema del maltrato infantil. Parece evidente que no existe una política de prevención del maltrato infantil ejecutada a través de Internet por los organismos pertinentes, esto se evidencia al realizar una búsqueda común como es digitar en un navegador “maltratoinfantil.cl” cuando uno quiere ir a un sitio web sobre maltrato infantil en Chile (por ello el sufijo .cl). Al hacerlo uno es dirigido al Comité de Maltrato Infantil dependiente de la Sociedad Chilena de Pediatría, donde solo existe información técnica, orientada a los médicos que trabajan en esta área. Sería deseable que los sitios web que están en el “ideario colectivo” de las personas contengan información útil de promoción y prevención del maltrato infantil y, además, que se realicen campañas de difusión para dar a conocer los sitios web donde efectivamente el público chileno puede informarse acerca de este tema.

No existe una estructura rígida ni predeterminada de cómo debe ser un buen sitio web dedicado al maltrato infantil en Chile, pero este debe:

- Incorporar los contenidos relativos a maltrato infantil pertinentes para el logro del objetivo planteado al momento de desarrollar el sitio
- La información ofrecida estará enfocada a complementar, no reemplazar la derivada de una atención profesional
- Respetar la confidencialidad y privacidad de los datos de los usuarios
- Facilitar mediante un adecuado diseño la óptima encontrabilidad del sitio
- Mantener una permanente evaluación del desempeño del sitio web para ir reformulando o agregando contenidos según corresponda

El eventual mejoramiento de la información disponible en Internet acerca de maltrato infantil para todos los chilenos constituye una modificación en el exosistema. Las familias y niños afectados por el maltrato verán modificado su entorno, aumentados los factores protectores y, en general, nuestra sociedad evolucionará a una de menor tolerancia al maltrato infantil, y a una mayor defensa y respeto de los derechos infantiles.



## Conclusiones

La información sobre maltrato infantil disponible para el público general chileno en Internet existe, pero es escasa e incompleta. Los **contenidos** sobre maltrato infantil disponibles en línea para el público chileno todavía están centrados en la definición del problema: definiendo qué es el maltrato y cuáles son sus tipos. Incluso esto se cumple de manera incompleta e imprecisa. La **calidad técnica** de los sitios web no cumple con los criterios mínimos deseables.

En general, no se hace uso del potencial de Internet como herramienta costo-efectiva en la promoción y prevención del maltrato infantil. Existe un desaprovechamiento de Internet como espacio de comunicación. Los sitios web estudiados carecen de una política coherente a la hora de diseñar y organizar los contenidos que se pondrán a disposición de la ciudadanía.

El acceso a la información disponible sobre maltrato infantil mediante los buscadores automatizados es ineficiente. No parece haber ninguna relación entre la calidad de la información de un sitio web sobre maltrato infantil y la posibilidad de encontrarlo en una búsqueda en uno de los 3 buscadores automatizados utilizados en esta investigación. Se observó que no existe relación entre la **calidad técnica** y la exactitud del **contenido** en los sitios web estudiados, lo que concuerda con lo expuesto en la literatura.

Internet en Chile, en el ámbito del maltrato infantil para el público general, permanece como una herramienta subutilizada. Debemos desarrollar al menos un sitio web exclusivamente dedicado al maltrato infantil orientado al público chileno, ojalá patrocinado por el gobierno o alguna institución de alta figuración pública en el país para asegurar su difusión. La construcción de este sitio web debe incorporar los contenidos habituales desplegados en las campañas de promoción y prevención del maltrato infantil, pero incorporando las características propias de interactividad, acceso y retroalimentación de Internet de manera de estructurar una base sólida para el desarrollo de una política de largo plazo de prevención del maltrato infantil.

## **Bibliografía**

1. Finkelhor, D. "The Science". *Child Abuse Negl.* 23(10): 969-74, 1999.
2. Hassan, Y. "Factores de diseño web orientado a la satisfacción de uso". IX Jornadas Sidar, Bilbao, España, 2005.
3. Finkelhor, D. and Korbin, J. "Child Abuse as an Internacional Issue". *Child Abuse Negl.* 12: 3-23, 1988.
4. Arredondo, V.; Knaak, M.; Lira, G.; Silva, A. and Zamora, I. "Maltrato Infantil: Elementos Básicos para su Comprensión". Viña del Mar, Chile. Centro de Promoción y Apoyo a la Infancia, PAICABÍ, 1998.
5. Valdivia, M. "Maltrato infantil". In: Valdivia, M., editor. *Manual de Psiquiatría Infantil, guía para pediatras y médicos generales*. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo, 2002.
6. Lopez, C. and George, M. "Orientaciones Técnicas y Programáticas para la Prevención y Atención Integral del Maltrato Infantil en los Servicios de Salud: Prevención y Atención Integral". In: Área prioritaria Salud Mental Infanto Juvenil Unidad de Salud Mental, editor. *Publicaciones de Salud Mental, Ministerio de Salud*, 1998.
7. Minoletti, A. and López, C. "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría". In: Ministerio de Salud Chile, editor., 2001.
8. "Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia". Available from: <http://www.un.int/chile/Documentos/PoliticaInfancia>. 2000 [cited 2006 March 30].
9. Godoy, S. "Resultados WIP-Chile 2003-2004: Cómo está y adónde va el uso de internet en Chile". *Cuadernos de Información.* 18: 100-11, 2005.
10. Belsky, J. "Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis". *Psychol Bull.* 114(3): 413-34, 1993.
11. Berger, M.; Wagner, T.H. and Baker, L. "Internet use and stigmatized illness". *Soc Sci Med.* 61: 1821-7, 2005.
12. Goodman, P. "Domestic violence resources on the Internet". *JAMA.* 280(5): 477-8, 1998.

13. Baker, L.; Wagner, T.H.; Singer, S. and Bundorf, M.K. "Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Result from a National Survey". *JAMA*. 289(18): 2400-6, 2003.
14. Anselmo, M.; Lash, K.; Stieb, E. and Haver, K. "Cystic Fibrosis on the Internet: A Survey of Site Adherence to AMA Guidelines". *Pediatrics*. 114(1): 100-3, 2004.
15. McCray, A. "Promoting Health Literacy". *J Am Med Inform Assoc*. 12(2): 152-63, 2005.
16. "Diccionario de la Lengua Española". Available from: <http://www.rae.es/>. 2001 [cited 2006 October 9].
17. "Que podemos Hacer Todos para Prevenir el Maltrato de Menores: Paquete de Recursos para la Prevención del Maltrato de Menores". In: Health & Human Services, editor. Second ed. Gateways to prevention, 2004.
18. Ansani, N.T.; Vogt, M.; Henderson, B.A.; McKaveney, T.P.; Weber, R.J.; Smith, R.B.; et al. "Quality of arthritis information on the Internet". *Am J Health Syst Pharm*. 62: 1184-9, 2005.
19. Godoy, S. and Herrera, S. "Que ocurre cuando se usa (y no se usa) internet: resultados del World Internet Project-Chile". *Cuadernos de Información*. 16-17: 71-84, 2004.
20. Hammond, W.R. "Public Health and Child Maltreatment Prevention: The Role of the Centers for Disease Control and Prevention". *Child Maltreat*. 8(2): 81-3, 2003.
21. Moltedo, C. and Miranda, M. "Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Prevención del maltrato infantil y el abuso sexual infantil en el espacio escolar. Manual de apoyo para profesores." Santiago. Ministerio de Justicia de Chile. Fundación Familia, 2004.
22. Novoa, F.; De la Barra, F.; Alvarez, P.; Gilchrist, A.; Alvarez, N. and Gamboa, N. "Informe grupo de trabajo MINSAL". Santiago. Ministerio de Salud de Chile, 1991.
23. Alvarez, P. "Maltrato y abuso sexual en niños y adolescentes". *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Segunda ed. Santiago. Editorial Mediterráneo, 2000.
24. Finkelhor, D.; Ormrod, R.; Turner, H. and Hamby, S.L. "The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey". *Child Maltreat*. 10(1): 5-25, 2005.
25. Larraín, S.; Vega, J. and Delgado, I. "Estudio Comparativo sobre Maltrato Infantil 1994-2000". Available from: <http://www.unicef.cl/indicadores/maltrato.htm>. 2000 [cited 2006 April 22].

26. De la Barra, F.; Rodriguez, T. and Alvarez, P. "Maltrato infantil y juvenil en una comuna de Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia". *Rev Chil Pediatr.* 69(3): 126-31, 1998.
27. Freisthler, B.; Merritt, D. and LaScala, E. "Understanding the Ecology of Child Maltreatment: A Review of the Literature and Directions for Future Research". *Child Maltreat.* 11(3): 263-80, 2006.
28. Barudy, J. "El Enfoque Sistémico del Maltrato Infantil. Una Intervención Alternativa a la Violencia Familiar", 1990.
29. Larraín, S., editor. "Perspectiva Psicosocial y Jurídica de la Violencia Familiar. Primer Manual de Trabajo". Santiago. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile, 1994.
30. Cicchetti, D. and Toth, S.L. "A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 34(5): 541-65, 1995.
31. Kaplan, S.J.; Pelcovitz, D. and Labruna, V. "Child and Adolescent abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 38(10): 1214-22, 1999.
32. Hay, T. and Jones, L. "Societal Interventions to Prevent Child Abuse and Neglect". *Child Welfare.* 73(5): 379-403, 1994.
33. "La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de salud". *Rev Panam Salud Publica.* 4(2): 142-8, 1998.
34. Bethea, L. "Primary Prevention of Child Abuse". *Am Fam Physician.* 59(6): 1577-85, 1999.
35. Offord, D. and Bennett, K. "Prevention". In: Lewis, M., editor. *Child and Adolescent Psychiatry.* Third ed. London. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
36. Finkelhor, D. and Dziuba-Leatherman, J. "Victimization Prevention Programs: A National Survey of Children Exposure and Reactions". *Child Abuse Negl.* 19(2): 129-39, 1995.
37. Finkelhor, D.; Asdigian, N. and Dziuba-Leatherman, J. "Victimization Prevention Programs for Children: A Follow-Up". *Am J Public Health.* 85(12): 1684-9, 1995.
38. Finkelhor, D.; Asdigian, N. and Dziuba-Leatherman, J. "The Effectiveness of Victimization prevention Instruction: An Evaluation of Children's Responses to Actual Threats and Assaults". *Child Abuse Negl.* 19(2): 141-53, 1995.

39. Fernandez-Rios, L. "Manual de Psicología Preventiva: Teoría y Práctica". Madrid. Siglo XXI, 1994.
40. Daro, D. and Cohn Donnelly, A. "Child abuse prevention: accomplishments and challenges". In: Myers, J.; Berliner, L.; Briere, J.; Hendrix, C.T. and Jenny, C., editors. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Second ed. Sage. p. 431-48, 2002.
41. Wrisley, B. "Reframing the Issue: A New Child Maltreatment Prevention Message". N C Med J. 66(5): 367-9, 2005.
42. Hoefnagels, C. and Baartman, H. "On the Threshold of Disclosure. The Effects of a Mass Media Field Experiment". Child Abuse Negl. 21(6): 557-73, 1997.
43. Hoefnagels, C. and Mudde, A. "Mass Media and Disclosures of Child Abuse in the Perspective of Secondary Prevention: Putting Ideas into Practice". Child Abuse Negl. 24(8): 1091-101, 2000.
44. Berland, G.K.; Elliott, M.N.; Morales, L.S.; Algazy, J.I.; Kravitz, R.L.; Broder, M.S.; et al. "Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish". JAMA. 285(20): 2612-21, 2001.
45. Gordon, M.; Capell, H. and Madhok, R. "The use of the Internet as a resource for health information among patients attending a rheumatology clinic". Rheumatology. 41(12): 1402-5, 2002.
46. Zabinski, M.F.; Celio, A.A.; Wilfley, D.E. and Taylor, C.B. "Prevention of eating disorders and obesity via Internet. " Cogn Behav Ther. 32(3): 137-50, 2003.
47. Ritterband, L.M.; Borowitz, S.; Cox, D.J.; Kovatchev, B.; Walker, L.S.; Lucas, V.; et al. "Using the internet to provide information prescriptions". Pediatrics. 116(5): e643-7, 2005.
48. Powell, J. and Clarke, A. "Internet Information-seeking in Mental Health". Br J Psychiatry. 189: 273-7, 2006.
49. Ybarra, M.L. and Eaton, W.W. "Internet-Based Mental Health Interventions". Ment Health Serv Res. 7(2): 75-87, 2005.
50. Ruggiero, K.J.; Resnick, H.S.; Acierno, R.; Carpenter, M.J.; Kilpatrick, D.G.; Coffey, S.F.; et al. "Internet-Based Intervention for Mental Health and Substance Use Problems in Disaster-Affected Populations: A Pilot Feasibility Study". Behav Ther. 37(2): 190-205, 2006.

51. Esquivel, A.; Meric-Bernstam, F. and Bernstam, E.V. "Accuracy and self correction of information received from an internet breast cancer list: content analysis". *BMJ*. 332: 939-42, 2006.
52. Gilbert, L.; Temby, J. and Rogers, S. "Evaluating a teen STD prevention Web site". *J Adolesc Health*. 37: 236-42, 2005.
53. Thomson, N. and Micevski, V. "A descriptive project evaluation to determine Internet access and the feasibility of using the Internet for cardiac education". *Heart Lung*. 34(3): 194-200, 2005.
54. Gould, M.; Harris Munfakh, J.L.; Lubell, K.; Kleinman, M. and Parker, S. "Seeking Help from the Internet during Adolescence". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 41(10): 1182-9, 2002.
55. Orrego, C. and Araya, R. "Internet en Chile: Oportunidad para la Participación Ciudadana". *Temas de Desarrollo Humano Sustentable*. Available from: <http://www.incae.ac.cr/ES/clacds/proyectos/sociales/internet.pdf>. 2002 [cited 2006 Junio 6].
56. Baeza-Yates, R. and Poblete, B. "Dynamics of the Chilean Web structure". *Computer Networks*. 50: 1464-73, 2006.
57. "Estadísticas de Desempeño del Sector de las Telecomunicaciones en Chile: Junio 2004-Junio 2005". Available from: [http://www.subtel.cl/pls/portal30/docs/FOLDER/WSUBTEL\\_CONTENTIDOS\\_SITIO/SUBTEL/ESTDEMERCADO/INFESTAD/INFESTAD2/INFO\\_ESTADISTICO\\_10\\_JUN.PDF](http://www.subtel.cl/pls/portal30/docs/FOLDER/WSUBTEL_CONTENTIDOS_SITIO/SUBTEL/ESTDEMERCADO/INFESTAD/INFESTAD2/INFO_ESTADISTICO_10_JUN.PDF). 2005 [cited 2006 June 9].
58. "Índice de Generación Digital: Radiografía de la digitalización de los niños chilenos". Available from: <http://www.chiletech.cl/link.cgi/Empresas/V/VTR/15116>. 2005 [cited 2006 April 5].
59. Eysenbach, G.; Powell, J.; Kuss, O. and Sa, E.-R. "Empirical Studies Assessing the quality of health information for consumers on they World Wide Web, a systematic review". *JAMA*. 287(20): 2691-700, 2002.
60. Ambre, J.; Guard, R.; Pervelier, F.M.; Renner, J. and Rippen, H. "White Paper: Criteria for Assessing the Quality of Health Information on the Internet". Available from: <http://hitiweb.mitrotek.org/docs/criteria.html>. 1997 [cited 2006 February 7].

61. "Criterios de Calidad para recopilar información MedlinePlus". Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/criteria.html>. 2006 [cited 2006 April 17].
62. Winker, M.A.; Flanagan, A.; Chi-Lum, B.; White, J.; Andrews, K.; Kennett, R.L.; et al. "Guidelines for medical and health information sites on the internet: principles governing AMA web sites. American Medical Association". JAMA. 283(12): 1600-6, 2000.
63. "HON Código de Conducta (HONcode) para sitios Web de Salud y Medicina". Available from: <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html>. [cited 2006 April 20].
64. "Proyecto Webs Médicas de Calidad (pWMC)". Available from: <http://www.pwmc.org/que.htm>. [cited 2006 April 20].
65. Kunst, H.; Groot, D.; Latthe, P.M.; Latthe, M. and Khan, K.S. "Accuracy of information on apparently credible websites: survey of five common health topics". BMJ. 324(7337): 581-2, 2002.
66. Griffiths, K.M. and Christensen, H. "Website Quality Indicators for Consumers". J Med Internet Res. 7(5): e55, 2005.
67. Eysenbach, G. and Kohler, C. "How do consumers search for and appraise health information on the World Wide web? Qualitative study using focus group, usability test, and in-depth interviews". BMJ. (324): 573-7, 2002.
68. American Medical Association. "Child Abuse". Available from: [http://www.medem.com/MedLB/article\\_detaillb.cfm?article\\_ID=ZZZBRKNPVAC&sub\\_cat=355](http://www.medem.com/MedLB/article_detaillb.cfm?article_ID=ZZZBRKNPVAC&sub_cat=355). 2003 [cited 2006 March 23].

## Anexos

### Anexo 1: Listado de la instituciones revisadas que no cumplieron los requisitos de inclusión

Nombre de la institución de Gobierno	Criterio de exclusión
Congreso Nacional	Solo información técnica de leyes, sin información para el público general
Consultorios y COSAM	Sin sitios web
FONASA	Sin información
Hospital Barros Luco Trudeau	Sin sitio web
Hospital Calvo Mackenna	Sin información
Hospital DIPRECA	Sin información
Hospital FACH	Sin información
Hospital Militar	Sin información
Hospital Roberto del Río	Sin información
Hospital San Borja Arriarán	Sin sitio web
Hospital San Juan de Dios y Felix Bulnes	Sin información
Instituto Nacional de la Juventud (INJUV)	Sin información
JUNAEB	Sin información
Ministerio de Justicia	Sin información
Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)	Sin información
Poder judicial	Sin información
Red de Municipios Defensores de la Infancia	Sin sitio web
Servicio Médico Legal	Sin información

Nombre de la institución No gubernamental	Criterio de exclusión
Centro de atención a víctimas de atentados sexuales, CAVAS	Sin sitio web
Clínica Dávila	Sin información



---

Clínica Indisa	Sin información
Clínica Santa María	Sin información
Corporación “Sociedad del niño agredido”	Sin sitio web
Corporación de Asistencia Judicial	Sin información
Corporación Opción	Su sitio web no funciona
Fundación Regazo	Sin información
Hospital Clínico de la Universidad Católica	Sin información
Hospital Clínico de la Universidad de Chile	Sin información
Hospital del Trabajador ACHS	Sin información
Instituto Chileno de Terapia Familiar	Sin información
Isapre Banmédica	Sin información
Isapre Colmena Golden Cross	Sin información
Isapre Consalud	Sin información
Isapre MasVida	Sin información
Isapre VidaTres	Sin información
PREVIF	Sin sitio web
Protectora de la Infancia	Sin información
Red chilena contra la violencia doméstica y sexual	Sin sitio web
Sociedad Chilena de Pediatría “Comité de Maltrato Infantil”	Información técnica para profesionales, sin información para público general
Universidad Andrés Bello	Sin información (se revisaron, además, sus hospitales docentes: DIPRECA, clínica INDISA, consultorio Lo Barnechea, sin encontrarse mas información)
Universidad Austral de Chile	Solo información técnica
Pontificia Universidad Católica de Chile	Sin información
Universidad de Chile	Solo artículos científicos, sin información para el público general
Universidad de Concepción	Sin información
Universidad de La Frontera	Sin información

---

---

Universidad de Santiago de Chile	Sin información, pero su sitio hostea un sitio incluido en esta investigación
Universidad de Valparaíso	Sin información (se revisó, además, su hospital docente FACH sin encontrar información)
Universidad Diego Portales	Sin información (se revisaron, además, sus hospitales docentes: DIPRECA, hospital de Talagante y Peñaflor, el cual no cuenta con sitio web)
Universidad Finis Terrae	Sin información
Universidad Gabriela Mistral	Sin información
Universidad Los Andes	Sin información (se revisaron, además, sus hospitales docentes: Parroquial San Bernardo no cuenta con sitio web, Hospital Militar, Clínica Dávila, Clínica Santa María y Hospital del Trabajador no cuentan con información)
Universidad Mayor	Sin información (se revisó, además, su hospital docente FACH sin encontrar información)

---

Anexo 2: Documento disponible en Internet para público general sobre maltrato infantil, provisto por la Asociación Americana de Medicina (68)

### **Maltrato infantil (traducción)**

El maltrato infantil incluye el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono de un niño. Los estudios nacionales demuestran que uno de cada 20 niños americanos es abusado físicamente cada año. Los efectos físicos y psicológicos del maltrato pueden ser extensos y severos. El maltrato puede deteriorar el desarrollo del cerebro y del intelecto, retrasando la adquisición de habilidades tales como caminar y hablar, produciendo incapacidades físicas u otros problemas de salud a largo plazo. Los daños psicológicos del maltrato perduran más allá del episodio mismo. Algunos niños abusados desarrollan trastornos por estrés post-traumático, con síntomas tales como pesadillas e irritabilidad. Una baja autoestima e inestabilidad emocional pueden ser la herencia de por vida del maltrato. Adultos que fueron abusados cuando niños necesitan con mayor frecuencia ayuda para lidiar con trastornos como depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos alimentarios. Tienen también mayor tendencia a exhibir comportamiento agresivo y convertirse en abusadores.

### **Tipos de maltrato infantil**

Siendo miembros dependientes de la sociedad, los niños son especialmente vulnerables. Cualquier acción tomada por un adulto que impida el desarrollo normal de un niño constituye maltrato. Los niños pueden ser maltratados como resultado de un ataque físico, de la crueldad mental y de la privación.

**Maltrato Físico:** Este tipo de abuso se refiere a la violencia ejercida contra un niño. Las quemaduras, contusiones, fracturas y otras lesiones físicas están incluidos. El maltrato es la principal causa de los traumatismos encéfalo-craneanos graves en bebés. Entre los tipos más frecuentes de maltrato en los niños están las quemaduras. Las quemaduras de cigarrillo y con agua caliente, en las cuales han sumergido una parte del cuerpo del niño en agua excesivamente caliente, son tipos comunes de quemaduras relacionadas a maltrato. Las

quemaduras por inmersión tienen de una marca característica del nivel del agua. El maltrato físico ejercido por un cuidador sucede, a menudo, cuando este es incapaz de calmar a un bebé con cólicos o disciplinar a un niño ingobernable. Frustrado, el cuidador utiliza equivocadamente la fuerza de manera inadecuada e innecesaria. Educar a los cuidadores en cómo manejar la ira puede disminuir la frecuencia del maltrato en los niños a su cuidado.

**Maltrato Psicológico:** El bombardeo constante de un niño con palabras o comportamientos negativos puede dejar cicatrices emocionales profundas. Criticar, culpar, aislar, rechazar y atemorizar a un niño son todos ejemplos de maltrato psicológico. Quitar el afecto o exponer a un niño a un ambiente inapropiadamente violento o sexual también constituye maltrato. Secuelas comunes de este tipo de maltrato son una autoestima baja y sensaciones de falta de valor que perduran a menudo hasta la edad adulta. Aunque el maltrato emocional puede ser tan dañino como el maltrato físico, es mucho más difícil de detectar. Los niños emocionalmente abusados son a menudo niños reticentes y retraídos, y su desarrollo puede retrasarse comparado con otros niños de la misma edad.

**Abuso Sexual:** Es cuando se involucra a niños y adolescentes en actividades sexuales que no comprenden completamente o para las cuáles no pueden otorgar un consentimiento real. Se incluyen las actividades que violan los tabúes sociales y los papeles apropiados dentro de la familia. El abuso sexual es probablemente el tipo de maltrato menos diagnosticado y del que menos se habla. Puede incluir penetración vaginal, oral o anal; caricias inapropiadas de los pechos o de los órganos genitales de un niño; la exposición por parte de un adulto de sus órganos genitales a un niño; o cualquier actividad en la que se involucre a un niño con el fin de que el abusador obtenga satisfacción sexual. La mayoría de los abusadores sexuales son hombres. Comúnmente, el abusador es un miembro de la familia o un amigo cercano.

**Negligencia o abandono:** La negligencia es un tipo de maltrato que se puede manifestar de varias formas. La negligencia física significa privar a un niño de sus necesidades básicas tales como alimento, abrigo y ropa. La negligencia emocional incluye no poder proporcionar el amor, la ayuda, supervisión y la aprobación necesarios para un desarrollo sano. La negligencia médica consiste en no proveer la asistencia médica necesaria. La negligencia

educativa significa hacer al niño faltar permanentemente a la escuela. Por ejemplo, un niño puede ser forzado a permanecer en su casa para cuidar de sus hermanos más pequeños, impidiéndosele educarse. Los niños descuidados son a menudo físicamente más pequeños que sus pares y pueden carecer del cariño necesario para desarrollarse normalmente.

### **Señales de alerta**

Los síntomas físicos del maltrato pueden incluir quemaduras inexplicables, contusiones o fracturas. En infantes y niños, el maltrato o negligencia se puede observar como un caso de “niño que no progresa”, una condición en la cual el niño no crece lo esperado para su edad y sexo. Los niños maltratados psicológicamente pueden ser percibidos como infelices y aislados. Un niño que ha sido abusado sexualmente puede tener infecciones recurrentes y ser inadecuadamente explícito en algunos juegos o conversaciones. Hay razón para sospechar un maltrato si la explicación que un padre o un cuidador da a una lesión es inconsistente con la lesión o si las explicaciones de distintos cuidadores se contradicen. Padres que reaccionan inadecuadamente a una lesión — excesivamente preocupados o no suficientemente preocupados— puede dar un indicio de maltrato. A veces tanto el niño como el abusador intentan ocultar el abuso. Los niños están a menudo confusos y avergonzados especialmente en el abuso sexual. Pueden culparse ellos mismos, antes que al abusador, e intentar encubrir el hecho de que han sido maltratados. A veces, los niños son amenazados, intimidados o sobornados por los abusadores. Pueden temer que nadie les crea, o no desean poner a un miembro cercano o de la familia en apuros. Los padres también pueden negar el abuso, o no estar enterados de los síntomas del maltrato.

Para intervenir en maltrato infantil es importante saber reconocer sus signos menos obvios. Ciertos factores físicos y emocionales pueden indicar una situación de maltrato. Lesiones inexplicables son evidencias físicas de abuso. Lesiones poco frecuentes donde se incluyen aquellas en partes del cuerpo que no son habitualmente golpeadas (el estómago, las nalgas, la espalda, la cara o las parte posterior de las manos) y aquellas hechas con un objeto (cigarrillo, correa o cinturón, cable eléctrico, plancha o mano) dejan una marca reconocible. El abuso sexual puede causar descargas genitales, dolores, lesiones en el área genital, e infecciones

urinarias recurrentes.

Los problemas psico-sociales pueden ser indicadores emocionales de maltrato. Un niño que teme a sus padres o a otros adultos, o uno que es renuente a hablar de la vida familiar o a invitar a sus amigos a su casa, puede haber sido abusado. También un niño que demuestra comportamientos regresivos, tales como mojar la cama, manchar su ropa interior, aferrarse a su mamá, o chuparse el pulgar, o uno que exhibe comportamientos sexuales explícitos. El maltrato puede desencadenar pasividad o agresividad extrema, o cambios repentinos e inexplicados del comportamiento. Comportamientos auto-destructivos, tales como abuso de sustancia, encuentros sexuales múltiples, intentos de suicidio, crimen, fugas del hogar, pobre desempeño académico pueden indicar un problema. Depresión, tristeza crónica, llanto frecuente, autoestima baja, sentimientos de falta de valor, pesadillas recurrentes, y aspecto descuidado son también señales de alerta importantes.

### **Diagnóstico y tratamiento**

Un niño que ha sido abusado necesita tratamiento y protección cuanto antes. La detección y tratamiento temprano aumentan la probabilidad de una recuperación completa. Siempre que un niño pueda estar en riesgo, es importante informar a un doctor, organismo social pertinente o a la policía. Los padres que sospechan que han abusado de sus hijos deben buscar ayuda inmediatamente. Ver al médico pediatra o familiar es el primer paso. El tratamiento dependerá del tipo de maltrato. El doctor puede evaluar la condición del niño y tratar cualquier problema físico. Él o ella puede también referir al niño a un psiquiatra infantil, psicólogo, asistente social, o abogado especialista. La mayoría de los niños maltratados se benefician con el tratamiento psicológico, especialmente los que han sido maltratados por un padre u otro pariente cercano.

Los doctores están obligados por ley a denunciar cada caso sospechoso de maltrato a las autoridades competentes, tales como el SENAME o la policía. Una vez hecha la denuncia, cada caso debe ser investigado. Por su propia seguridad, algunas veces un niño es alejado de su hogar mientras dura la investigación. Una hospitalización puede ser necesaria para lograr

una evaluación médica y social profunda. Familias con problemas reciben ayuda y guía profesional. Siempre que es posible, las familias se mantienen unidas.

### **Factores de riesgo y prevención**

El maltrato puede ocurrir en una familia de cualquier estrato socioeconómico, raza, etnia o religión. Los niños en mayor riesgo son los menores de 5 años y los que requieren cuidados especiales. Éstos incluyen a infantes prematuros; bebés que lloran mucho; y niños que tienen enfermedades crónicas o discapacidades físicas, mentales, o trastornos del comportamiento.

Los abusadores son generalmente los cuidadores del niño: padres y parientes cercanos, padres adoptivos, amigos de los padres o niñeras. La mayoría de los abusadores fueron abusados cuando niños. Un ambiente violento incrementa el riesgo de maltrato. El abuso puede ocurrir en familias de todos los niveles sociales pero es más común en las familias que viven en la pobreza. Otros factores de riesgo incluyen el abuso de sustancias, problemas maritales, falta de un apoyo familiar fuerte, educación incompleta, paternidad adolescente, paternidad no planificada (en pareja o madre soltera), y enfermedades físicas o mentales en la familia. Cualquier cosa que disminuya el autocontrol de los cuidadores—como dependencia del alcohol o consumo de drogas—aumentan el riesgo de maltrato. Padres u otros cuidadores que están bajo estrés son más susceptibles de caer en comportamientos impulsivos o agresivos.

Los cuidadores entrenados en técnicas para evitar que su ira se exprese de manera violenta cuando están bajo presión, tendrían menor tendencia a maltratar a los niños a su cuidado. Los padres que temen dañar a su hijo deben buscar ayuda inmediatamente con un doctor, psicólogo, un amigo o un religioso. Los adultos abusados cuando niños pueden beneficiarse si inician una terapia. Para prevenir el maltrato fuera del hogar, los padres deben investigar a fondo las referencias de las instituciones y/o personas a cargo del cuidado de sus hijos. Las conversaciones con otros padres son provechosas en este aspecto, al igual que las visitas no anunciadas. Cuando los niños son lo suficientemente grandes para entender (sobre los 3 años), se les debe enseñar que es inaceptable que cualquier persona con excepción de un médico toque las partes privadas de sus cuerpos.

## **Child Abuse (original) (68)**

Child abuse involves the physical, emotional, or sexual mistreatment or neglect of a child. National studies show that one in 20 American children are physically abused each year. The physical and psychological effects of abuse can be extensive and severe. Abuse can impair brain development and intellect, delay development of skills such as walking and speaking, and cause physical disabilities and other long-term health problems. The psychological damages of abuse outlast the actual episodes of mistreatment. Some abused children develop posttraumatic stress disorder, leading to symptoms such as nightmares and irritability. Low self-esteem and unstable emotions can be the lifelong legacy of abuse. Adults who were abused as children are more likely to need help for depression, anxiety, substance abuse and eating disorders. They are also more apt to exhibit aggressive behavior and to become abusers themselves.

### **Types of Child Abuse**

As dependent members of society, children are especially vulnerable. Any action taken by an adult that impedes a child's normal healthful development constitutes abuse. Injury to the child can result from physical assault, mental cruelty and deprivation.

**Physical Abuse** □ This type of abuse concerns committing violence against a child. Burns, bruises, broken bones and other physical injuries are included. Abuse is a leading cause of serious head injury in babies. Among the most frequent types of child abuse injuries are burns. Cigarette burns and scalding, in which part of a child's body has been immersed in overly hot water, are common types of burns. Immersion burns leave a characteristic water level mark. Often physical abuse by a caregiver follows his or her unsuccessful attempts to calm a colicky baby or discipline an unruly child. In frustration, the caretaker mistakenly uses inappropriate and unnecessary force. Teaching caretakers how to prevent their anger from turning into physical violence may decrease the frequency of child abuse.

**Emotional Abuse** □ Constant bombardment of a child with negative words or behavior can leave deep emotional scars. Criticizing, blaming, isolating, rejecting and terrorizing a child all



are examples of emotional abuse. Withdrawing affection or exposing a child to a violent or sexually inappropriate environment also constitutes emotional abuse. Low self-esteem and feelings of worthlessness that often last well into adulthood typify the outcomes of such abuse. Although emotional abuse can be as harmful as physical abuse, it is much harder to detect. Emotionally deprived or abused children are often withdrawn and listless, and developmentally they may lag behind other children the same age.

**Sexual Abuse** □ The involvement of children and adolescents in sexual activities that they do not fully comprehend or for which they are unable to give informed consent is abuse. Activities that violate the social taboos of proper family roles are included. The least reported and most underdiagnosed type of abuse, sexual abuse, may include vaginal, oral or anal intercourse; inappropriate touching of a child's breasts or genitalia; an adult exposing his or her genitalia to a child; and involving a child in any activity that gives the abuser sexual gratification. Most sexual abusers are male. Commonly, a family member or close family friend is the sexual abuser.

**Neglect** □ Negligence in caring for a child can take several forms. Physical neglect means depriving a child of basic needs such as food, shelter and clothing. Emotional neglect includes failing to provide love, support, supervision and approval necessary for healthy development. Medical neglect consists of withholding necessary medical care. Educational neglect means causing the child to be chronically absent from school. For example, a child may be forced to stay home from school to baby-sit smaller children. Neglected children are often physically smaller than their peers and may lack the nurturing necessary to develop normally.

### **Warning Signs**

Physical symptoms of abuse may include unexplained burns, bruises or broken bones. In infants and children, abuse or neglect is often shown by a failure to thrive, a condition in which the child does not grow at the expected rate for his or her age and sex. Emotionally abused children can appear unhappy and withdrawn. A child who has been sexually abused may have recurrent infections and be overly explicit in play or conversation. There is reason to suspect abuse if the explanation a parent or caregiver gives for an injury seems inconsistent with the injury or if different caregivers' accounts contradict each other. An inappropriate

parental reaction to an injury — either overly concerned or not concerned enough — may be a sign that a child has been abused. Sometimes the child and abuser alike try to hide the abuse. Especially in sexual abuse, children are often confused and ashamed. They may blame themselves, rather than the abuser, and try to conceal the fact that they have been mistreated. Sometimes, children are threatened, intimidated or bribed into silence by their abusers. They may fear that no one will believe them or not want to get a close family member into trouble. Parents, too, can be in denial or not aware of the symptoms of abuse.

To intervene in child abuse it is important to know how to recognize its less obvious signs. Certain physical and emotional factors may indicate an abusive situation. Unexplained injuries are physical signs of abuse. Puzzling injuries include those on parts of the body that usually do not get injured (the stomach, buttocks, back, face or backs of hands) and those that were made with an object (cigarette, belt, electric cord, iron or hand) that leaves a recognizable mark. Sexual abuse may cause physical discharges, sores, injuries in the genital area, and recurrent urinary tract infections.

Psychosocial problems can be emotional indicators of abuse. A child who fears parents or other adults or one who is reluctant to talk about home life or to invite friends over may have been abused. Also a child who shows regressive behavior, such as bed-wetting and soiling, clinging, or thumb-sucking, or one who exhibits inappropriate sexual explicitness may have been abused. Abuse may trigger extreme passivity or aggressiveness or sudden, unexplained changes in behavior. Self-destructive behavior, such as substance abuse, multiple sexual encounters, suicide attempts, crime, running away from home, or poor academic performance, can indicate a problem. Depression, chronic sadness, frequent crying, low self-esteem, feelings of worthlessness, recurrent nightmares, and neglected appearance are also possible signs.

### **Diagnosis and Treatment**

A child who has been abused needs treatment and protection as soon as possible. Early detection and treatment increase the likelihood of a full recovery. Whenever a child may be at risk, it is important to inform a doctor, social services agency or police department. Parents who suspect their children have been abused should seek help immediately. Seeing the

pediatrician or family physician is the first step. Treatment will depend on the type of abuse. The doctor can evaluate the child's condition and treat any physical problems. He or she may also refer the child to a child psychiatrist, child psychologist, clinical social worker, or rape victim advocate. Most abused children benefit from psychological counseling, especially those who have been abused by a parent or other close relative.

Doctors are required by law to report every suspected case of abuse to legal authorities, such as the state child protection agency. Once a case is reported, the agency must investigate it. For his or her own safety, a child is sometimes removed from the home while an investigation takes place. Hospital admission may be required to allow the opportunity for an in-depth medical and social evaluation. Troubled families are then given professional support and guidance. When possible, families are kept together.

### **Risk Factors and Prevention**

Abuse can occur in a family of any socioeconomic background, race, ethnicity or religion. At the greatest risk are children under age 5 and those who require special care and attention. These include premature infants; babies who cry and fuss a lot; and children who have chronic diseases or disorders, physical or mental disabilities, or behavior problems.

Abusers usually are the child's caregivers: parents and close relatives, stepparents or foster parents, parents' friends, or baby-sitters. Many adults who are abusers were abused when they were children. A violent environment increases the risk of abuse. Abuse occurs in families of all backgrounds but is more common in families that live in poverty. Other risk factors include substance abuse, marital problems, the lack of a strong home support system, limited education, caregiver's youth, unplanned parenthood (singles or couples), and physical or mental illness in the family. Anything that undermines a caregiver's self-control — such as alcohol dependence or drug addiction — increases the risk of abuse. Parents or other caregivers who are under stress are more apt to engage in impulsive or aggressive behavior.

Caregivers who practice techniques to prevent their anger from turning into violence when under stress may be less likely to abuse. Parents who fear harming their own child should seek help immediately from a doctor, therapist, friend or member of the clergy. Adults who were

abused themselves as children may benefit from counseling. To prevent abuse outside the home, parents should thoroughly investigate the references of childcare facilities. Conversations with other parents are helpful in this regard, as are unannounced visits. When they are old enough to understand (about age 3), children should be taught that it is unacceptable for anyone other than a physician to touch private parts of their bodies.

### Anexo 3: Listado de los sitios web evaluados de acuerdo a su origen

#### Sitios de Gobierno

Bienestar Armada

Carabineros de Chile

JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles)

MINEDUC (Ministerio de Educación Chile)

OPD Coyhaique (Oficina de Protección de los Derechos de la Infancia y Adolescencia)

Policía de Investigaciones de Chile

Revista Carabineros

SENAME (Servicio Nacional de Menores)

SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer)

Vitanet

#### Sitios de Organizaciones No Gubernamentales

ACHNU (Asociación chilena pro Naciones Unidas)

ARASI (Corporación de Desarrollo Alerta y Respuesta contra el Abuso Sexual Infantil)

CDAR-Corporacion Restauracion (sitio contra el aborto)

CEPIJ-Iquique(Centro de Protección Infanto Juvenil)

Cpuente

Creces-Conin

IIN-OEA (Instituto Interamericano del Niño, la Niña y el Adolescente)

Integra

MariaAyuda

Mujeres Hoy-ISIS

Paicabi (Centro de promoción y apoyo a la Infancia)

PIDEE-CEDIAL (Protección de la Infancia dañada por los Estados de Emergencia)

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

Violenciaintrafamiliar.org

## Otros

Apsique

Asociatividad.cl

AtinaChile!

Camucet

Canal 13 Cable

Centro Espiral

CentroPsicologos.cl

Clinica Alemana

Clinica Las Condes

Colegio de Enfermeras

ConTacto

Ecovisiones.cl

Educacion Adventista

EducarChile

El Canelo de Nos

ISAMEN

Jardin Infantil Pequeños Artesanos

Medwave

Mishijos.cl

PadresOK.com

Pediatraldia.cl

Pedrovaldivia.cl

Portal Nueve Meses (sitio con mitos no aclarados y que solo promociona un taller)

Prevencion del Abuso Sexual en nuestros niños (hosteado por la USACH)

Red de Maestros de Maestros

RIFMA (Red Informativa de la Familia Marista)

RISA (Red Interactiva de Servicios Autónomos)

RIsolidaria Telefonica

Saludehijos.cl

Sectormatematica.cl (sitio contra el aborto)

---

Todoniños.cl

Universidad del Bió-bió

Universidad del Desarrollo

VidaHumana.cl (sitio contra el aborto)

---

#### Anexo 4: Listado de sitios web con políticas de confidencialidad y privacidad (o ambas)

##### Sitio web con política de confidencialidad

María Ayuda

---

##### Sitios web con política de privacidad

Paicabí

Violenciaintrafamiliar.org

Colegio de Enfermeras

Educación Adventista

EducarChile

PadresOK.com

---

##### Sitios web con ambas políticas

SENAME

Mujeres Hoy-ISIS

Clínica Alemana

Pediatraldia.cl

Saludehijos.cl

---