



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LESIONES FÍSICAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DEL NIÑO  
MALTRATADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE  
DEL AÑO 2012”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**AUTORA:** Santamaría Salazar, Leticia Elizabeth

**TUTORA:** Dra. Mejía Ortiz, Ruth Aurelia

**Ambato – Ecuador**

**Noviembre, 2013**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema:

**“LESIONES FÍSICAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012”** de Leticia Elizabeth Santamaría Salazar estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**Ambato, Febrero del 2013**

**EL TUTOR**

.....  
**Dra. Ruth Aurelia Mejía Ortiz**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**LESIONES FÍSICAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

**Ambato, Febrero del 2013**

## **LA AUTORA**

.....  
**Leticia Elizabeth Santamaría Salazar.**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor

**Ambato, Febrero del 2013**

## **LA AUTORA**

.....  
**Leticia Elizabeth Santamaría Salazar**

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema investigación **“LESIONES FÍSICAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.”** de Leticia Elizabeth Santamaría Salazar, estudiante de la Carrera de Medicina.

**Ambato, Noviembre del 2013**

Para constancia firman

.....  
**PRESIDENTE**

.....  
**1er VOCAL**

.....  
**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme en este camino, darme fuerzas para seguir adelante, no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia, de manera muy especial a mi hijo Adrián Daniel, gracias a su llegada mi vida dio un giro total pero muy especial a la vez, un hijo es una bendición, a mi sobrino Diego que desde el cielo me guía en este camino, la vida, a mis padres Jorge y Nelly por contar siempre con su apoyo incondicional, a mi esposo Darwin por brindarme su apoyo y su confianza, a mis hermanas Alexandra y Yajaira por estar continuamente con su palabras de aliento. A todos ellos gracias por estar siempre junto a mí, los AMO.

**Leticia.**

## **GRADECIMIENTO**

Agradezco a DIOS nuestro creador, quien por su infinita misericordia me llena de bendiciones día a día, fortaleciéndome con su palabra en este camino de mi vida, me sostiene en cada momento para mantenerme equilibrada en las tristezas y alegrías.

A la Universidad Técnica de Ambato quién por medios de los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitario y en mi vida profesional.

A mis padres quienes han sido pilar fundamental y un apoyo incondicional en este trayecto de mi vida, fueron ellos quienes me brindaron valores como el respeto, solidaridad, honestidad, lealtad y humildad, motivándome en los momentos de debilidad, decepción y jamás dudaron que lograría este triunfo.

**Leticia.**

# ÍNDICE

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	III
DERECHOS DEL AUTOR.....	IV
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR .....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
RESUMEN EJECUTIVO.....	XIII
EXECUTIVE SUMMARY.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	1

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

1.1. TEMA.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.1.1 Contextualización Macro.....	3
1.2.1.2 Contextualización Meso.....	5
1.2.1.3 Contextualización Micro.....	8
1.2.2 Análisis Crítico .....	9



1.2.3	Prognosis .....	10
1.2.4	Formulación del problema .....	11
1.2.5	Preguntas directrices.....	11
1.2.6	Delimitación del objeto de investigación.....	11
1.3.	JUSTIFICACIÓN.....	12
1.4	OBJETIVOS.....	13
1.4.1	Objetivo General.....	13
1.4.2	Objetivo Específico.....	13

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	14
2.2	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	20
2.3	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	20
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	28
2.4.1	Variable Dependiente.....	29
2.4.2	Variable Independiente.....	51
2.5	HIPÓTESIS.....	84
2.6	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	84
2.6.1	Variable Independiente.....	84
2.6.2	Variable Dependiente.....	84

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1 ENFOQUE.....	85
3.2.MODALIDAD.....	85
3.2.1 De campo.....	85
3.2.2 Bibliográfica documental.....	85
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	86
3.3.1 Investigación descriptivo.....	86
3.3.2 Investigación Exploratoria.....	86
3.3.3 Asociación de variables.....	86
3.4. POBLACIÓN.....	86
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	88
3.5.1 Operacionalización de la Variable Dependiente.....	88
3.5.2 Operacionalización de la Variable Independiente.....	89
3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	90
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	90

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.....	91
---------------------------------------	----

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES.....	103
5.2 RECOMENDACIONES.....	105

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1. TITULO.....	107
6.2 DATOS INFORMATIVOS .....	107
6.3. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	108
6.4.	
JUSTIFICACIÓN.....	109
6.5 OBJETIVOS.....	110
6.5.1 Objetivo General.....	110
6.5.2 Objetivos Específicos.....	110
6.6 ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	111
6.7 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO -TÉCNICO.....	111
6.8 MODELO OPERATIVO.....	116
6.9 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	117
6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	117
BIBLIOGRAFIA.....	118
LINCOGRAFIA .....	119
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA.....	120

## ANEXOS

<b>ANEXO #1</b> Formulario Para La Recopilación De Datos De Las Historia Clínicas.....	121
<b>ANEXO # 2</b> Fotografía De Maltrato Infantil.....	122
<b>ANEXO # 3</b> Fotografía Violencia Familiar.....	123
<b>ANEXO # 4</b> Fotografía Tríptico .....	124

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Operacionalización Variable Dependiente: Lesiones físicas.....	88
<b>Tabla 2:</b> Operacionalización Variable independiente Síndrome del Niño Maltratado.....	89
<b>Tabla 41:</b> Plan de Recolección de la Información.....	117

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Grafico #1</b> Categorías fundamentales.....	28
<b>Grafico #2</b> Lesiones Físicas asociadas al maltrato infantil.....	33
<b>Grafico #3</b> Lesiones Físicas provocadas más frecuentes.....	34
<b>Grafico #4</b> Edad.....	91
<b>Grafico #5</b> Género.....	93
<b>Grafico #6</b> Residencia .....	94
<b>Grafico #7</b> Tipo de lesiones .....	95
<b>Grafico #8</b> Zona Corporal Afectada.....	96
<b>Grafico #9</b> Instrucción.....	97
<b>Grafico #10</b> Nivel socioeconómico.....	98
<b>Grafico #11</b> Número de hermanos del niño.....	99
<b>Grafico #12</b> Con quienes residen.....	100
<b>Grafico #13</b> Los niños ingresados al HPDA viven.....	101
<b>Grafico #14</b> Objeto con el que se producen las lesiones .....	102

**“LESIONES FÍSICAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DEL NIÑO  
MALTRATADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE  
DEL AÑO 2012”**

**Autora:** Santamaría Salazar Leticia Elizabeth.

**Tutor:** Dra. Mejía Ortiz Ruth Aurelia.

**Fecha:** Febrero del 2013

**RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general, disminuir el porcentaje de lesiones físicas producidas por maltrato infantil que ingresaron en el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato y en el Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescente del Cantón Ambato Provincia de Tungurahua, durante el primer semestre del año 2012.

El porcentaje de violencia doméstica, detectada según la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y violencia de género contra las mujeres realizada en diciembre del 2011, se indica que en el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han sufrido violencia intrafamiliar, de estas la Provincia de Tungurahua ocupa segundo lugar en prevalencia.

El maltrato infantil se puede catalogar como: un hábito de educación de los padres, quienes justifican el castigo físico o psicológico como el medio más adecuado para disciplinar a sus hijos o lo utilizan como un mecanismo de compensación, frustración, impotencia, desequilibrio emocional, estrés que conducen a pérdida de control de su conducta.

Según el CCNA-A, durante el año 2012 existieron 1211 denuncias de maltrato infantil, producto de este maltrato se emitieron 45 pacientes al HPDA, de los cuales solo a 38 paciente que corresponde al 85% se les realizó el ingreso al HPDA, este hecho podemos corroborar, porque se recogió datos de la historias clínicas del departamento de estadística del HPDA y se concluyó que los niños sufren maltrato producido por objetos contundentes, cortantes, cortopunzantes, causando así lesiones físicas en los niños en un porcentaje de un 68% de la lesión tipo equimosis, seguido de un 10% de hematomas, 8% de laceraciones, 5% escoriación y un 9% entre fracturas, quemaduras y mordeduras. Estas lesiones están siendo producidas por una técnica de disciplina errónea y un 5 % de pacientes son reincidentes.

El poco número de ingresos al HPDA se debe a que muchos de ellos son llevados a consulta particulares, u otras casas de salud pública en donde no tiene registrado los antecedentes personales del menor lo que no permite evidenciar la gravedad del problema médico, social.

Si no tomamos medidas de prevención acerca del Niño Maltratado, los efectos en su parte física y psicológica serán un problema de la Sociedad Actual, por estas razones, todos quienes conformamos la Red de Salud incluidas las autoridades políticas tiene la obligación moral de concientizar a los padres de familia y personal de salud, a través de : un programa de intervención educativo para prevenir y disminuir el maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato

**PALABRAS CLAVES:** LESIONES FÍSICAS\_MALTRATO INFANTIL, VIOLENCIA FAMILIAR\_DESEQUILIBRIO EMOCIONAL, FRUSTRACIÓN, CONDUCTA, ESTRÉS

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

" INJURY AND ITS RELATIONSHIP TO CHILD ABUSE SYNDROME IN  
PEDIATRIC HOSPITAL SERVICE PROVINCIAL AMBATO TEACHING IN  
THE FIRST HALF OF THE YEAR 2012"

Author : Leticia Salazar Elizabeth Santamaria

Tutor : Dr. Mejia Ortiz Ruth Aurelia.

Date: February 2013

SUMMARY

The present research aims to generally reduce the percentage of physical injuries from child abuse admitted to the Pediatric Department of Provincial Teaching Hospital in Ambato and Cantonal Council for Childhood and Adolescent Canton Ambato Tungurahua Province during the first half of 2012.

The percentage of domestic violence, detected according to the National Survey of Family Relations and gender violence against women conducted in December 2011 indicated that in Ecuador 6 out of 10 women have experienced domestic violence, of these occupies the Tungurahua Province second in prevalence.

Child abuse can be categorized as: a habit of educating parents , who justify physical punishment or psychological as the most appropriate means of disciplining children or use it as a compensation mechanism , frustration, helplessness , emotional imbalance , stress leading to loss of control of their behavior.

According to the CCNA -A, in 2012 there were 1211 reports of child abuse, abuse of the product issued to HPDA 45 patients , of whom only 38 patients corresponding to 85 % were performed at HPDA income , this fact can confirm , because data was collected clinical histories of HPDA statistics department and concluded that children are abused produced by blunt objects , sharps , sharps , thereby causing physical injury in children in a percentage of 68% of the bruising injury type , followed by 10% of bruises, lacerations 8% , 5 % and 9% excoriation between fractures , burns and bites. These lesions are being produced by a technique of erroneous discipline.

The low number of admissions to HPDA is because many of them are taken to private consulting , or other public health homes where there has registered the child's personal history which does not allow evidence of medical problem severity , social .

If preventive measures are not taken Abused Children about the effects on their physical and psychological be an issue of Today's Society , for these reasons , all of whom make up the Health Network including political authorities have a moral obligation to raise awareness among parents and health personnel through : educational intervention program to prevent and reduce child abuse pediatrics service inthe Provincial Teaching Hospital Ambato.



KEYWORDS : PHYSICAL INJURY \_ CHILD ABUSE \_ DOMESTIC  
VIOLENCE\_ IMBALANCE EMOTIONAL\_ FRUSTRATION , BEHAVIOR

## INTRODUCCIÓN

El maltrato a los niños es un problema universal de todos época, en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño (O.N.U. 1959), el maltrato se le considera como un delito y un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

La investigación norteamericana realizada por investigadores como Kempe, Silverman, Steele, y otros, en 1962 etiquetaron el llamado Síndrome del niño maltratado. y el comienzo de la sensibilización a nivel mundial.

Durante muchas épocas se ha utilizado por parte de maestros y padres de familia epítetos como “represión con el palo”. La vieja máxima “la letra con sangre entra” como mecanismos para justificar la agresión infantil. a pesar que científicos ancestrales protegieron este maltrato, como lo enuncio Platón, quien advertía a los educadores que no “tratasen a los niños por la fuerza sino como si estuvieren jugando con ellos”.

Maltrato infantil, se podría definir como acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor”.

No solo comprende maltrato físico sino también incluye la ausencia de cuidado, amor y protección del niño por sus padres, tutores o familiares.

Estas actitudes son generadas por múltiples causas, que interfieren con la capacidad de la familia para educar y proteger a sus hijos.

Síndrome del niño maltratado es frecuente en países desarrollados, afectando más a varones, correspondiendo la mitad de estos a menores de 2 años el maltrato es más común en el hijo “especial”: adoptado, malformado, enfermo crónico o hiperactivo. La falta de programas de prevención sobre Maltratado Infantil han originado que los porcentajes de maltrato incrementen, quienes estamos de cerca en la atención Primaria de Salud debemos evaluar a todo niño que acude a una casa de salud y que de algún modo da signos o síntomas de maltratado, de forma física, psicológica, sexual o emocional.

Sin embargo a pesar de conocer algunas lesiones físicas producidas por maltrato infantil no se han implementado programas de prevención para erradicar el maltrato y cuando se las hace únicamente es en fechas festivas sin considerar los demás meses del año así como tampoco considerar otros tipos de maltrato infantil.

Como aún no se ha podido evitar este tipo de lesiones el objetivo de este trabajo es determinar las lesiones físicas que se relacionan con el maltrato infantil con el propósito de crear una técnica preventiva para evitar el maltrato infantil y así mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA**

**“LESIONES FÍSICAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012”**

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Contextualización**

##### **1.2.1.1 Contextualización Macro**

Según la OMS, el maltrato infantil es un problema de salud pública, las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado, dichas estimaciones dependen de las definiciones de maltrato infantil, el tipo de maltrato infantil estudiado, la cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.

De cualquier modo, los estudios internacionales de la OMS, revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5% a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 25% a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico y víctimas de desatención.

Y se calcula que cada año mueren por homicidio 31.000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

En el estudio realizado por la Organización Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que agrupa a 30 de los países más ricos del mundo, incluyo a México como unos de los países latinos para dicho estudio.

El informe destruye uno de los mitos contemporáneos más arraigados, que dice que la violencia infantil es un problema casi exclusivo de los países pobres, donde Bélgica, Francia, Hungría, Nueva Zelanda y la República Checa figuran como un conglomerado de países donde el maltrato infantil es entre cuatro y seis veces más alto.

Mientras que España, Grecia, Irlanda, Italia y Noruega, registran una incidencia "excepcionalmente baja" de muertes infantiles a raíz de maltrato.

Se realizo un estudio de la Organización Cooperación y Desarrollos Económicos en los cuales los resultados finales fueron que las fracturas de huesos largos en los niños son variables, influida por la edad, estación del año, clima, cultura, ambiente y raza. La probabilidad de que un niño se fracture en el medio urbano es mayor (6.8 %) que en el rural (2.4 %); además, el riesgo de accidente aumenta 1.8 veces en el entorno social pobre (definido por clase social baja o dependencia a la asistencia pública).

Además las principales lesiones traumáticas en niños que requieren hospitalización por la severidad y secuelas que generan son:

- a) Fracturas debidas al maltrato infantil: en la última década se han incrementado 150 veces, con predominio en niños menores de tres años.

- b) Lesiones fisarias: relevantes por el desarrollo de secuelas en el patrón de crecimiento de la extremidad afectada; los reportes indican hasta 27 % de incidencia.
- c) Fracturas expuestas: incidencia de 2.6% a 9 %.
- d) Trauma craneoencefálico: relacionado estrechamente con politraumatismos , se presentaron 1975.000 atenciones médicas por trauma craneoencefálico, 373.000 los casos ameritaron hospitalización y 75.000 casos fallecieron.

Según la UNICEF, 3.500 menores de 15 años mueren cada año en los países más industrializados a causa de maltratos físicos. Estados Unidos, México y Portugal son los países donde el índice de mortalidad de menores por maltrato físico es más elevado, con cifras 10 ó 15 veces mayores que en el resto de las naciones desarrolladas.

#### **1.2.1.2 Contextualización Meso**

El Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, en su informe los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI, a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil 2010, muestra una serie de cifras en el entorno de los menores.

Según el ODNA, se indica que el 41% de los menores dicen que son golpeados cuando no obedecen o cometen alguna falta; al 11% le privan de gustos; al 3% los insultan o se burlan; al 1% lo encierran, lo privan de comida o los mandan al baño. También hay reportes de que el 71% de los niños son regañados por sus padres como señal de castigo.

El porcentaje de niños golpeados se mantiene prácticamente en los mismos niveles registrados en los años 2010 y 2011, es decir alrededor del 40%.

En cuanto al trato que reciben de los profesores en sus escuelas, asimismo ante faltas o no cumplimiento de deberes, el mencionado documento indica que el 10% de los niños reciben golpes y el 7% insultos y burlas. En comparación con 2004 y 2008, se mantiene el porcentaje de niños golpeados, han crecido los insultos y las burlas (Buling), que estaban en el 3% y 5%, respectivamente.

Además informa que otras formas de castigo son: no permitirles salir al recreo, rebajar las calificaciones, llamar a los representantes. Aproximadamente, el 26% de los niños dicen que los profesores sí dialogan con ellos. Como una de las conclusiones, se dice que hay indiferencia de los profesores en un 12%.

El maltrato a la niñez y adolescencia en el Ecuador es alarmante, tomando en cuenta que éste no se refiere únicamente al castigo físico, sino a cualquier acción u omisión que afecta el normal desenvolvimiento de los menores.

Según el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador, el número de menores que vive en extrema pobreza se redujo al 18% en 2010 y también bajó el trabajo infantil, pero al mismo tiempo se elevó al 42% el porcentaje de niños que sufre maltrato y el embarazo adolescente se duplicó, según el informe elaborado por el ODNA con apoyo de organizaciones internacionales que ofrece una radiografía de la situación de los niños en el Ecuador en los últimos 20 años, la cual revela unos resultados mixtos.

El estudio presenta datos "altamente preocupantes", como que un 42 % de los menores ecuatorianos sufre actualmente maltrato físico en el hogar, frente al 30 % de hace una década.

Además Carolina Reed, presidenta del ODNA indicó que, hay un incremento de la violencia hacia la niñez y la adolescencia en el entorno cotidiano público y privado, y una ausencia de una política pública para abordar este gravísimo reto.

Datos del Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (Compina) de Quito revelan que las formas más comunes de maltrato contra este sector de la población son el psicológico y físico, aunque se registran también datos por violencia sexual y maltrato institucional.

Entre enero y junio del 2011, el Compina, a través de sus dos Juntas Metropolitanas de Protección de Derechos (JMPD) resolvió 906 casos de maltrato y se prevé que hasta finalizar este año la cifra pueda alcanzar los 1.900. Solo en el primer semestre las JMPD ubicadas en el centro histórico y la Delicia, en la capital, receptaron 715 denuncias por maltrato psicológico y 642 por maltrato físico.

Las estadísticas del INFA demuestran que en las ciudades de Quito y Guayaquil el 27% de la población hasta 10 años es castigada físicamente al menos una vez por semana.

En la provincia del Guayas según cifras del Instituto del Niño y la Familia (INFA) obtenidas en los centros de restitución de derechos que funcionan en Guayas, en el 2010 se reportaron 2.650 casos de abandono o negligencia de los padres o responsables del cuidado de los menores de edad. Ese es el principal tipo de maltrato; le siguen las agresiones físicas, con 980 hechos; psicológicas con 837 denuncias; y abuso sexual que dejó en un año 850 víctimas.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el país la violencia, el maltrato, la negligencia y el abuso, constituyen experiencias cotidianas para 7 de cada 10 niños, niñas y adolescentes, en sus diferentes entornos: familiar, escolar, comunitario y social. El 51% corresponde a maltrato psicológico y un 49% a físico 987 denuncias de maltrato infantil registraron la DINAPEN el año 2012. Esa cifra colocó a Pichincha como la provincia donde más agresiones a menores se



registran, 421 abusos sexuales, 407 abusos físicos, y 155 psicológicos, la cual la ubicaron en el primer lugar, seguida por Manabí y el Oro.

Además 5.135 casos de agresiones a menores de edad se han registrado en Centros de Equidad y Justicia, solo de Enero a Abril del 2013, según las cifras que maneja el Municipio de Quito. Los niños son totalmente indefensos, los niveles de violencia cada vez son más graves por varias razones: familias disfuncionales, hijos con capacidades diferentes, estrés, alcoholismo de los padres o cuidadores, entre otras etc.

### **1.2.1.3 Contextualización Micro**

Los niños son seres muy vulnerables, indefensos, impotentes ante una situación de maltrato, golpes, gritos, insultos, y burlas entre otros agentes productores de daño que vive en su entorno familiar, ya que estos no son los medios correctos para que sean disciplinados y peor aun para que tenga una excelente formación.

El Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia de Tungurahua manifiesta que generalmente el 80% de maltrato infantil proviene por parte la madre, 10 % del padre y otro 10% de sus cuidadores y maestros ya sea maltrato físico, verbal, psicológico o sexual.

Las estadísticas en nuestra provincia de Tungurahua realmente son alarmantes su incremento en cada periodo es aproximadamente del 30 % ya que en el año 2011 existen 943 denuncias por maltrato infantil, en el 2012 existen 1211 denuncias de las cuales tan solo 45 denuncias han sido emitidas al del Hospital Provincial Docente Ambato y en el 2013 hasta el presente mes Junio 813 . Las mismas que poseen ayuda médica, psicológica, trabajo social y legal.

En el Hospital Provincial Docente Ambato, Servicio de Pediatría, periodo Enero a Junio del 2012 se atendieron a 1.473 niños con diferentes diagnósticos, entre ellos

tenemos infección de vías respiratorias altas sin neumonía y otras con neumonía, enfermedad diarreica aguda, deshidratación con sus diferentes grados, quemaduras de primer, segundo y tercer grado, parasitosis y traumatismos cráneo encefálico.

De los 45 niños diagnosticados por maltrato infantil, 38 niños que corresponde al 84% de los niños fueron hospitalizados por maltrato, sin embargo de los cuales el 12% de pacientes presentaron lesiones físicas por maltrato pero en ese momento la persona que esta ha su cuidado no autoriza su ingreso al servicio de pediatría para su respectivo seguimiento, y un 5% de niños son reincidentes.

Al acudir a esta casa de emergencia reciben ayuda médica, inicialmente es valorado en el servicio de emergencia, se realiza su ingreso al área de pediatría en el cual se elabora una historia clínica, examen físico bien minucioso y ampliamente detallado, posteriormente los niños y sus cuidadores reciben ayuda, psicología, legal y seguimiento de los casos por trabajo social.

### **1.2.2 Análisis Crítico**

Esta es una sociedad adulto céntrica. Los niños tienen que agachar la cabeza, pues no tienen conciencia de sus derechos. Tan desprotegidos están los menores que cada vez más son utilizados para vender droga, para pornografía infantil, etc.

El maltrato infantil es un problema de salud pública, aparte del riesgo de morir, el maltrato puede dejar secuelas incapacitantes, funcionales y estéticas, que causarán trastornos psicológicos, sociales familiares y laborales en toda su vida.

La desintegración familiar producida por fenómeno migratorio representa un gran impacto en la sociedad, aún por encima de los divorcios y otras formas de disolución familiar, este fenómeno afecta en el ámbito de la familia, los hijos no cuentan con

sus padres peor aun con la atención al cien por ciento que un hijo requiere, puesto que las personas que están a su cuidado y no los educan sobre valores.

De la información recogida, podemos darnos cuenta que el maltrato infantil es un problema que se presenta en la toda sociedad, produciendo obstáculos para un adecuado desarrollo de salud, una mortalidad elevada, por este motivo el propósito de la investigación es concientizar y humanizar a toda la población sobre el maltrato infantil y como educar a los hijos basándose en valores.

### **1.2.3 Prognosis**

Se estima que, de los niños que han sido víctimas de abuso y maltrato de sus progenitores o cuidadores, terminan suicidándose o llevan una vida llena de dificultades, traumas emocionales y psicológicos, los que sobreviven al abuso, viven marcados por el trauma emocional, que perdura mucho después de que los moretones físicos han desaparecido.

A menudo el daño emocional que va de la mano con el maltrato físico, son reflejados hasta la adolescencia, o aún más tarde, cuando se convierten en padres arbitrarios y comienzan a maltratar a sus propios hijos así produciendo un círculo vicioso, un adulto que ha sido abusado de niño tiene mucha dificultad para establecer relaciones personales íntimas y tiende a ver a todos los adultos como abusadores potenciales.

Se pueden observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas, lesiones aparentemente inexplicables o que no corresponden a las explicaciones dadas por los padres o el niño las mismas que pueden generar lesiones físicas temporales y permanentes.

EL niño o niña al ser maltratado será una persona que no ha logrado el desarrollo pleno de su capacidad cognitiva, conductual; es decir será un individuo que siempre evidenciará su poca capacidad para enfrentar retos y responsabilidades que exige al ser adulto lo cual tendrá un inadecuado desarrollo en su entorno biopsicosocial

#### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Las lesiones físicas tienen relación con el síndrome del niño maltratado en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato durante el primer semestre del año 2012?

#### **1.2.5 Preguntas directrices**

- ¿En qué edad se produce mayor incidencia de maltrato infantil
- ¿En qué género existe mayor prevalencia de maltrato infantil?
- ¿Quiénes son las personas que se encuentran al cuidado de los niños maltratados?
- ¿Qué factores influyen para la manifestación del maltrato infantil en los hogares?
- ¿Cuáles son las mejores estrategias para prevenir el síndrome del niño maltratado?

#### **1.2.6 Delimitación del objeto de investigación**

##### **1.2.6.1 Delimitación Espacial**

Esta investigación se realizara en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato durante el primer semestre del año 2012”

### **1.2.6.2 Delimitación Temporal.**

Este trabajo de investigación se llevara a cabo en el primer semestre del año 2012

### **1.2.6.3 Delimitación de contexto.**

**Campo:** Medicina

**Área:** Peditría

**Aspecto:** Lesiones físicas relacionadas con el Síndrome del Niño Maltratado

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El maltrato y el abuso que se cometen con los más indefensos constituyen una cruel realidad que debemos conocer de ahí el interés de brindar una herramienta de solución ante el maltrato infantil.

Esta investigación pretende demostrar los motivos que originan el maltrato en los niños y niñas y las consecuencias que pueden tener a corto y largo plazo, de ahí la importancia de esta investigación ya que sabemos que en nuestra sociedad existen padres que pretenden dar una buena educación a sus hijos disciplinándolos de una manera no muy correcta.

Sus progenitores o cuidadores no saben cómo educar a sus hijos y piensan que el maltrato es la mejor forma de educarlos, la originalidad de la investigación radica en que se va a generar estrategias para la educación de los padres de familia de los niños que ingrean al servicio de peditria del HPDA.

La investigación es factible ya que se puede acceder a la información necesaria gracias a la colaboración del señor director, al personal de estadística del Hospital Provincial Docente Amabato, y al personal de estadística del CCNA-A.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las lesiones físicas que se relacionan con el Síndrome del Niño Maltratado en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato durante el primer semestre del año 2012”

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Investigar en qué edad se produce mayor incidencia de maltrato infantil
- 2) Definir en qué género existe mayor prevalencia de maltrato infantil.
- 3) Determinar que personas se encuentran al cuidado de los niños maltratados.
- 4) Especificar los factores que influyen en la manifestación del maltrato infantil en los hogares.
- 5) Identificar la mejor estrategia para prevenir y disminuir los índices del síndrome del niño maltratado.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Una vez investigado distintas revistas médicas disponibles en internet se han encontrado los siguientes estudios:

En el estudio retrospectivo realizado por Gaona, Oscar. Año: 2009-2010. Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar. Lugar Asunción Paraguay. Revista UNICEF. Edición AD comunicaciones.

Los resultados de esta investigación dan cuenta que tanto la violencia física como la verbal o psicológica son formas frecuentes de relacionamiento que utilizan las madres y los padres con sus hijos e hijas.

Ambas prácticas son consideradas formas de maltrato y están asociadas a diversos factores como la violencia en la pareja, el nivel educativo de ambos padres, el nivel socioeconómico de las familias y las pautas culturales.

Es paradójico que el hogar que debiera representar el espacio primario de protección para los niños, niñas y adolescentes, con frecuencia pueda convertirse en el lugar dónde se vulneran sus derechos. Las personas a cargo de su cuidado, responsables de darles el afecto y atención que necesitan para desarrollarse plenamente, son quienes ejercen maltrato en sus diversas variantes (violencia física, psicológica y por negligencia o abandono).

El 61% de los niños, niñas y adolescentes, que participaron en este estudio, reportaron haber sido víctimas de algún tipo de maltrato por parte de sus familiares más cercanos. El 35% manifestó haber recibido violencia física grave (golpes con objetos, patadas, quemaduras y asfixia), mientras que el 13% de los encuestados dijo haber sido objeto de violencia física leve (nalgadas con la mano y con objetos, cachetadas, tirones de pelo, pellizcos y la obligación de permanecer en posiciones incómodas) y el 13% expresó haber vivido violencia psicológica (insultos, maldiciones, amenazas de abandono, entre otros). Es interesante destacar que aunque 6 de cada 10 niños, niñas y adolescentes han recibido algún tipo de maltrato, los mismos consideran, en una gran mayoría, que la relación con ambos padres es buena o muy buena (91,9%).

Más de la mitad (52%) de los niños, niñas y adolescentes, que participaron del estudio, recordaron haber empezado a ser víctimas de maltrato físico antes del ingreso al primer grado escolar, principalmente entre los 3 y 5 años. Estos datos son coherentes con otras investigaciones que llegaron a conclusiones similares a nivel internacional. A modo de ejemplo, el “Informe Mundial sobre Violencia y la Salud” (OMS- 2003) menciona que la tasa de homicidios de niños y niñas de 0 a 4 años es más del doble que la de 5 a 14 años.

El maltrato infantil es una práctica extendida a todas las clases sociales. Sin embargo, presenta algunos rasgos diferentes por niveles de ingresos. Entre los tipos de maltrato, el maltrato físico grave es el más común en los tres niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo). No obstante, se observa que éste es levemente mayor en el nivel socioeconómico bajo y en alumnos de escuelas públicas (comparativamente con los niños, niñas y adolescentes que asisten a escuelas privadas). En contraposición, se registra una mayor prevalencia del castigo psicológico en los menores de escuelas privadas, que corresponderían a familias de mayores ingresos. Este fenómeno podría reflejar factores asociados al maltrato como el hacinamiento o el nivel educativo de los padres. Finalmente este informe constata



la existencia de una relación entre los síntomas de malestar psicológico y el tipo de maltrato que reciben los niños, niñas y adolescentes

Autores: José Antonio Díaz Colina (1), Mirelys Díaz Colina (2). Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el policlínico “José Agustín Mas Naranjo”. Revista MEDICIEGO 2010-211

Mundialmente en los últimos años ha venido aumentando de manera alarmante el número de casos con diagnóstico de maltrato infantil, a consecuencia de la ola de violencia que viven muchos países, al mayor conocimiento acerca del tema por parte del equipo de salud y a presiones internacionales que promueven el cumplimiento de los derechos de los Niños

En Cuba el maltrato infantil constituye un problema de salud pública. Las cifras de violencia familiar no se corresponden con las tasas de incidencia que muestran otros países latinoamericanos; no obstante, el número de casos ha tenido un ligero incremento; así lo expresan los resultados publicados.

Teniendo en cuenta que en la provincia los estudios sobre este tema son escasos, el equipo interdisciplinario del Policlínico Comunitario José Agustín Mas Naranjo en consonancia con el Servicio de Pediatría del Hospital Provincial General Capitán “Roberto Rodríguez Fernández”, ha implementado un programa cuyo objetivo es proporcionar el buen trato para prevenir la violencia intrafamiliar, hacer diagnóstico oportuno y dar asistencia y rehabilitación a los niños maltratados y su familia.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo transversal en la población infantojuvenil atendida en el policlínico José Agustín Mas Naranjo, con diagnóstico

de maltrato infantil. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes a los cuales se les realizó una encuesta, la que contenía información relacionada con los aspectos sociodemográficos, familiares, psicológicos y físicos de los niños.

## **RESULTADOS**

En la investigación realizada a 51 niños por maltrato se encontró que la forma intrafamiliar fue la única encontrada, no se presentó ningún caso de maltrato extrafamiliar o social. Con respecto a la distribución por sexos se encontró que el mayor porcentaje, 62,7% correspondió al sexo masculino (32/51 casos). En cuanto a la distribución por edad: 9,8% (5 casos) menores de un año, 47,1% (24 casos) de 1-4 años, 21,6% (11 casos) de 5-9 años, 13,7% (7 casos) de 10-14 años y 7,8% (4 casos) de 15-18 años.

En lo referente a la forma de atención: por remisión 43,1% (22 casos) mientras que por consulta directa se reportaron 29 casos (56,9%). Conformación familiar: el 84,3% de los niños (43 casos) viven con el padre o la madre. Lo anterior se relaciona con la tipología familiar, el 54,9% corresponde a familias completas; la familia extensa se presentó en 24 casos (47,1%). En el 72,6% de los pacientes en estudio, el maltrato fue no intencional (37 casos), el 19,6% fue intencional (10 casos) e indeterminado en el 7,8%. De la muestra en estudio, el 37,3% sufrió maltrato por negligencia de los padres, y el 29,4% (15 casos) fue víctima de maltrato físico.

Maltrato no intencional, la negligencia con sus variantes de ingestión de tóxicos, quemaduras y codo tironeado fueron las más frecuentes, y fue ésta la forma que más se apreció en la casuística, en el medio es muy frecuente la ingestión de tóxicos como cáusticos, ácidos, kerosén, medicamentos, así como las quemaduras por accidentes en el hogar, resultado de negligencia familiar al dejar al alcance de los niños estos productos.

Datos descriptivos de la madre Escolaridad: secundaria completa 18 (35,3%), secundaria incompleta 14 madres (27,5%) y preuniversitario 11 (21,6%). Los antecedentes de adicciones sólo se presentaron en 8 casos de los cuales 2 con tranquilizantes menores y con alcohol 6 casos. Sólo 28 (54,9%) madres desempeñaban alguna actividad económica y el 23,5% se encuentra en el hogar. Cabe anotar que con respecto a la historia personal del maltrato esta se reportó en 15 mujeres (29,4%).

Se evaluó si la madre hubiera planeado y deseado el embarazo del hijo en el cual se está valorando el maltrato. Era deseado en 43 casos (84,3%). Con respecto al tipo de relación de pareja se identificó mayor frecuencia para el tipo conflictivo en 35 casos (68,6%).

Datos descriptivos del padre Escolaridad: secundaria completa en 23 casos, es decir 45,1%. Secundaria incompleta 14 casos (27,5%). Primaria completa 9 casos (17,6%). Postgrado 5 casos (9,8%). Se observaron adicciones en 10 casos de ellos 7 fue por alcoholismo. Con respecto a la actividad económica el 78,4% eran empleados. La historia personal de maltrato se evidenció en 6 padres (11,8%). Sin antecedentes de maltrato (45/51casos) o sea el 88,2%. El hijo fue deseado en 41 casos (80,4%). La relación de pareja fue conflictiva en 27 casos (52,9%)

Datos descriptivos del agresor. En el 96,1% de los casos el agresor es conocido (49 casos) y en el 3,9% son desconocidos. El grupo etáreo más frecuente se encuentra entre 29 y 35 años; siendo el extremo superior 66 años. Los antecedentes de adicciones se observaron en 12 casos es decir 23,5%, siendo el alcohol más frecuente en 8 casos corresponde el 15,7%.

Datos descriptivos de la situación de consulta Al examen físico del maltratado se observó con más frecuencia las lesiones en piel y tejido celular subcutáneo en 41,2% (21 casos), seguido de las intoxicaciones en 25,5% (13 casos). La severidad del daño

físico fue moderado en 16 casos (31,4%) y fatal en 4 casos que equivalen al 7,8%. La agresión sexual se presentó como tocamiento en 3 casos, el 5,9% y como violación en 2 casos (3,9%).

Hubo 4 fallecidos lo que representó el 7,8% del total de casos estudiados.

Dos infantes murieron por maltrato no intencional, relacionado con negligencia de sus padres; uno a consecuencia de ahogamiento en fosa séptica, en los exteriores de su hogar, y el otro por accidente de tránsito, resultado de la falta de custodia. Un niño falleció por maltrato intencional a causa de golpes producidos por su padre, lo que produjo fracturas costales y lesión hepática. En el otro caso no se pudo precisar si hubo o no intención por tratarse de un preescolar que se encontró fallecido fuera de su casa, a consecuencia de asfixia por atragantamiento. La autopsia reveló que el niño tenía dos heridas cerradas por segunda intención y fracturas múltiples en el antebrazo.

## **CONCLUSIONES**

- ✓ El 100% de los casos de maltrato fue intrafamiliar
- ✓ Hubo predominio del sexo masculino en un grupo importante de niños
- ✓ Predominó el grupo de edad de 1-4 años en un 47,1%.
- ✓ La consulta directa como forma de atención estuvo presente en el 56,9%.
- ✓ El 84,3% de los niños maltratados vivía con el padre o la madre.
- ✓ El 54,9% de las familias estudiadas tenían tipología completa.
- ✓ El agresor era conocido en el 96,1% de los casos
- ✓ El maltrato no intencional se notificó en el 72,5% de los niños.
- ✓ La negligencia como forma no intencional de maltrato estuvo presente en el 37,3%.
- ✓ Las relaciones conflictivas y el consumo de alcohol estuvieron presentes en el 41,2 y 23,5% de los maltratadores.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación está basado en el paradigma critico-propositivo con la finalidad de comprender como las lesiones físicas en los menores tiene relación con el maltrato infantil, así mismo busca elaborar un método de prevención que contribuya a disminuir la incidencia de maltrato infantil, lo cual estaría guiada por principios que rigen las normas éticas medicas y morales enfocado en el servicio y bienestar del menor

Lo epistemológico está relacionado con el conocimiento científico actualizado de los factores que tienen relación con el maltrato infantil así como también otros aspectos referentes al estudio.

Además toda investigación debe ser comprometida en valores con el fin de buscar el bienestar de los niños y niñas.

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.**

### **CONSTITUCIÓN:**

La Constitución de la República del Ecuador de 2008, en el Título II, Capítulo Primero define como principios de aplicación de los derechos:

Art 35. Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas de alta complejidad, recibirán atención especializada en el ámbito público y privado.

La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

La Constitución protege a los grupos de atención prioritaria: niñez, mujeres, adolescentes y adultas y adultos mayores, personas con discapacidad y toda persona en situación de desventaja y vulnerabilidad de:

**Art. 38. “todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones”**

En derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades, en el artículo 57, inciso final determina que: “El Estado garantizará la aplicación de estos derechos colectivos, sin discriminación alguna, en condiciones de igualdad y equidad, entre mujeres y hombres”

**Art. 66. Se reconoce y garantizará a las personas:**

El derecho a la integridad personal, que incluye:

La integridad física, psíquica, moral y sexual.

Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual.

## SEGÚN EL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

### **Art. 67. Concepto de maltrato.**

Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Maltrato psicológico es el que ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido. Se incluyen en esta modalidad las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, otros parientes o personas encargadas de su cuidado.

El maltrato es institucional cuando lo comete un servidor de una institución pública o privada, como resultado de la aplicación de reglamentos, prácticas administrativas o pedagógicas aceptadas expresa o tácitamente por la institución; y cuando sus autoridades lo han conocido y no han adoptado las medidas para prevenirlo, hacerlo cesar, remediarlo y sancionarlo de manera inmediata.

La responsabilidad por maltrato institucional recae en el autor del maltrato y en el representante legal, autoridad o responsable de la institución o establecimiento al que pertenece.

En el caso de los representantes legales, autoridades o responsables de la institución o establecimiento, la responsabilidad se hará efectiva de conformidad con las

disposiciones previstas en la Constitución Política de la República, en el Código Civil y demás leyes aplicables.

## **DERECHOS DE LOS NIÑOS**

Área Legal:

Comité Ecuatoriano de Cooperación con la Comisión Interamericana de Mujeres.

Manifiesta que:

Los niños, niñas y adolescentes, constituyen un sector importante de la población ecuatoriana.

La Constitución vigente, aprobada mediante referéndum del 28 de septiembre del 2008, consagra los derechos para este grupo dentro del capítulo tercero que nos habla de las personas y grupos de atención prioritaria. Es así que en el art. 44 de la Constitución se establece como obligación del estado brindar protección, apoyo y promover el desarrollo integral, de Niños Niñas y Adolescentes, proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

En el art. 45 del mismo cuerpo legal, se manifiesta que los niños, niñas y adolescentes gozan de los derechos comunes al ser humano, como son el respeto a la vida, libertad, a la no discriminación, libertad de asociación, etc.; así como también a los que son específicos para su edad. En el segundo inciso se establece que “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a



recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado Ecuatoriano deberá adoptar las medidas que sean necesarias para:

- La atención prioritaria a las niñas/os menores de seis años, garantizando su nutrición, salud educación y cuidado.
- Protección contra la explotación laboral, prohibiéndose el trabajo a menores de quince años, promoviendo la erradicación del trabajo infantil, en los y las adolescentes el trabajo será de forma excepcional, siempre que éste, no comprometa su educación ni ponga en riesgo su integridad física, síquica, emocional.
- En el caso de niñas, niños y adolescentes con discapacidad recibirán una atención preferencial para una integración social e incorporación en el sistema regular de educación.
- Brindar protección contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual; uso de sustancias estupefacientes o psicotrópicos, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias nocivas para su desarrollo y salud; a la influencia negativa a través de programas o mensajes de medios de comunicación de cualquier tipo, que promuevan la violencia, discriminación racial o de género., para lo cual el estado limitará y sancionará el incumplimiento de estos derechos.
- Protección y asistencia especial cuando la progenitora, se encuentran privadas de la libertad; la niña, niño o adolescente sufra de una enfermedad crónica o degenerativa, así como también en el caso de desastres naturales, conflictos armados o emergencias de todo tipo.

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, en el Título tercero, hace referencia de una manera más detallada sobre los derechos garantías y deberes; dividiéndolos en cuatro grandes grupos así:

- ✓ Derechos de supervivencia
- ✓ Derechos relacionados con el desarrollo
- ✓ Derechos de protección
- ✓ Derechos de participación

### **Derechos de supervivencia**

En este grupo tenemos los siguientes derechos:

- ✓ A la vida
- ✓ A conocer a sus progenitores y mantener relaciones afectivas personales, regulares, permanentes con ellos y sus parientes.
- ✓ A tener una familia y a la convivencia familiar, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse con su familia biológica excepto cuando esto sea imposible o vaya en contra de su interés superior.
- ✓ Protección prenatal A la lactancia materna, para asegurar el vínculo afectivo con su madre y un adecuado desarrollo y nutrición.
- ✓ Atención en el embarazo y parto, en condiciones adecuadas, tanto para el niño o niña como para la madre, especialmente en caso de madres adolescentes.
- ✓ A una vida digna, en condiciones socioeconómicas que permitan su desarrollo integral, una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente; recreación y juegos, a educación de calidad, vestuario y vivienda con todos los servicios básicos.
- ✓ A la salud, acceso permanente a servicios de salud públicos y medicinas gratuitas.
- ✓ A la seguridad social, a sus prestaciones y servicios.
- ✓ A un medio ambiente sano.

### **Derechos relacionados con el desarrollo:**

- ✓ A la identidad, a un nombre, nacionalidad, relaciones de familia.
- ✓ A conservar, desarrollar, fortalecer y recuperar la identidad cultural, así como los valores espirituales, culturales, religiosos, lingüísticos, políticos y sociales. Se deberá respetar la cultura de pueblos indígenas y negros o afro ecuatorianos, su cosmovisión, realidad cultural y conocimientos de cada pueblo o nacionalidad.
- ✓ A la identificación, deberán ser inscritos de manera inmediata y con los correspondientes apellidos paterno y materno.
- ✓ A la educación que sea de calidad, respete la cultura del lugar, convicciones éticas, morales, religiosas. La educación pública es gratuita y laica. Las instituciones educativas deberán brindar este servicio con equidad, calidad y oportunidad. Los padres y madres tienen la obligación de matricular a sus hijos e hijas en planteles educativos.
- ✓ A la recreación y al descanso, al deporte, a la práctica de juegos en espacios apropiados, seguros y accesibles, y en especial de juegos tradicionales.

### **Derechos de Protección:**

- ✓ A la integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual, se prohíben los tratos crueles, degradantes o tortura
- ✓ A la libertad personal, dignidad, autoestima, reputación, honor e imagen propia.
- ✓ A la privacidad, inviolabilidad del hogar y las formas de comunicación. Tienen derecho a que se respete la intimidad de su vida familiar y privada, inviolabilidad de domicilio correspondencia, comunicación electrónica y telefónica.
- ✓ A la reserva de la información sobre antecedentes penales, no se hará pública la información sobre antecedentes policiales o judiciales, en el caso que los o las adolescentes hubiesen sido investigados o privados de la libertad por el cometimiento de una infracción penal.

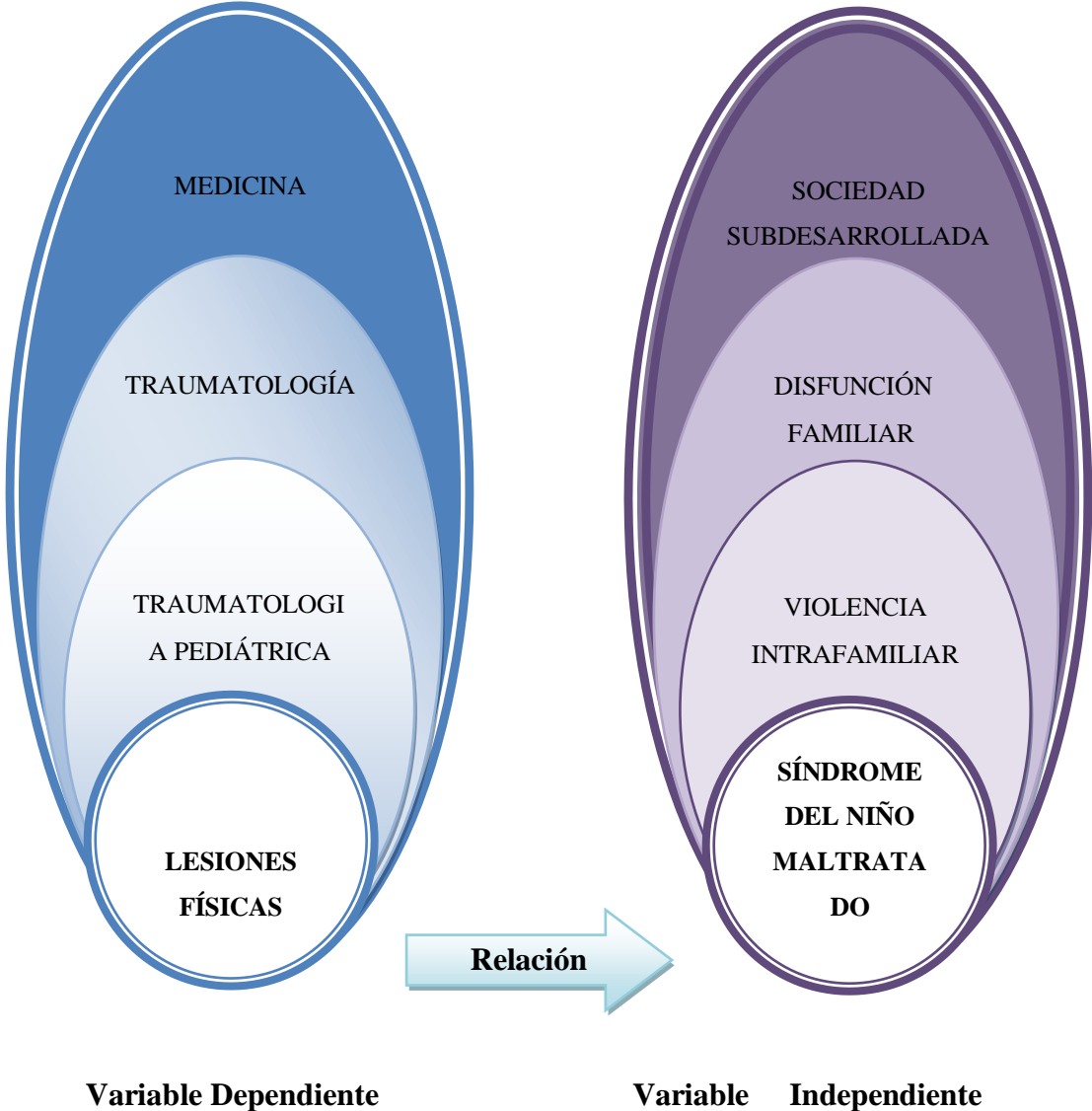
- ✓ A que los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales gocen de los derechos que les permita un desarrollo integral de las capacidades y el disfrute de una vida digna, plena y con la mayor autonomía posible.
- ✓ Los hijos e hijas de personas privadas de la libertad, que no gocen de su medio ambiente familiar, el Estado deberá brindarles protección y asistencia especial.
- ✓ A protección especial en caso de desastres y conflictos armados; se tomará medidas de atención prioritaria como son: evacuación de la zona afectada, alojamiento, alimentación, atención médica.
- ✓ Los niños, niñas y adolescentes refugiados tienen derecho a recibir atención humanitaria que permita el disfrute de sus derechos.

### **Derechos de participación**

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a:

- ✓ La libertad de expresión, buscar, recibir, difundir ideas salvo aquellas que atenten el orden público, la salud, la moral pública o los derechos y libertades de las demás personas.
- ✓ A ser consultados en asuntos que les afecte.
- ✓ A la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- ✓ A la libertad de reunión de manera pública y pacífica.
- ✓ A la libertad de asociación con fines lícitos, sin fines de lucro, especialmente para asociaciones estudiantiles, deportivas, culturales, laborales o comunitaria

**2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES**



**Gráfico #1 :** Categorías Fundamentales

**Elaborado por:** Leticia Santamaría

## **2.4.1 DESARROLLO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

### **LESIONES FÍSICAS**

Según la Organización Mundial de la Salud, una lesión es "toda alteración del equilibrio biopsicosocial". En clínica, una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad. Podría decirse que todas las enfermedades están producidas por una lesión, pero en muchas enfermedades no es posible identificar una clara lesión morfológica, como en las enfermedades mentales. Además no todas las lesiones provocan una enfermedad, ni requieren tratamiento.

#### **Definición de lesión física provocada**

Como el castigo disciplinario ha sido la norma educativa, tanto familiar como escolar de las sociedades de muchos países. Es evidente que las graves lesiones por golpes o quemaduras son fácilmente evidenciadas, pero no las pequeñas. Muchos adultos, padres o maestros pueden considerar justificados y hasta aconsejables los pequeños correctores físicos (golpes, pellizcos), siempre que exista buena intención; para ellos, estas lesiones no deberán ser etiquetadas de maltrato físico; para otros son malos tratos que pueden evolucionar a formas más severas de abusos.

Se considera maltrato físico cualquier lesión causada por impacto, penetración, calor, cáustico o producto químico inferido a un niño por un adulto, incluso cuando ésta es la respuesta del adulto a una conducta indeseable. Constituye maltrato el uso de cualquier instrumento empleado para lesionar cualquier parte del cuerpo; también

cuando la lesión produce trastorno tisular más allá del eritema o enrojecimiento por una palmada dada a cualquier área del cuerpo que no sea la mano o nalgas.

### **Causas de las lesiones**

Las lesiones son producidas por diversos mecanismos nocivos o dañinos, que alteran el equilibrio o la homeostasis celular. Entre las causas de lesiones tenemos:

#### **Causas externas**

- ✓ **Causas físicas:** Como los traumatismos, las radiaciones, la electricidad, el calor que produce quemaduras, el frío. también se puede aplicar a una alergia
- ✓ **Causas químicas:** Como sustancias corrosivas sobre la piel, como los tóxicos o venenos.
- ✓ **Causas biológicas:** Corresponden a los agentes infecciosos, ya sean virus, bacterias o parásitos

#### **Causas internas**

- ✓ **Trastornos inmunológicos:** Como las enfermedades autoinmunes y las reacciones de hipersensibilidad

### **Tipos de lesiones**

Las lesiones cutaneomucosas provocadas por malos tratos pueden ser producto de:

- ✓ Golpes o lanzamientos contra objetos duros, lo que produce hematomas, equimosis, fractura ósea y rotura de tejidos;
- ✓ Quemaduras;
- ✓ Arrancamiento de dientes, pabellón auricular, ala y tabique nasal, cabello, uñas;
- ✓ Lesión por mordisco, en general de extremidades, pabellones auriculares;

- ✓ Heridas por arma blanca, objetos punzantes, romos cortantes y heridas por armas de fuego;
- ✓ Otras tatuajes, marcas, úlceras de decúbito o lesión del pañal por abandonado.

El tipo de lesión y su localización varían según la edad y raza, no según el sexo; la lesión cutánea más frecuente es el hematoma (39 %), seguida de desgarros y arañazos (21%), otros traumatismos cutáneos (20 %) y quemaduras (6 %).

### **LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES**

Las zonas corporales, más frecuentemente lesionadas, aunque varían con la edad y la raza, no con el sexo, son las tradicionales del castigo: glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal de brazos y piernas (antebrazos, hombros y muslos), espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Los hematomas y moretones no provocados, accidentales, suelen aparecer en zonas prominentes del organismo, que actúan de choque, tales como barbilla, codos, rodillas. Anexo. Figuras 6.1 y 6.2 se esquematizan éstas lesiones. Las lesiones cutáneas bilaterales son casi siempre provocadas; también aquellas incompatibles con el desarrollo motor del niño, por ejemplo hematomas, fractura ósea en lactantes menores de un año de edad.

#### **Forma y color:**

La forma de la lesión cutánea puede ser muy diversa, depende del objeto agresor de la intensidad de la fuerza productora de la lesión. La huella del objeto agresor queda impresa en la piel, a veces de manera tan precisa que pueden observarse hematomas faciales o glúteos en forma de dedos de mano adulta con visualizado de los pliegues interfalángicos, hematomas en espalda o glúteos en forma de cinturón en donde puede evidenciarse la hebilla, marcas ovales causadas por las yemas de los dedos cuando comprimen las extremidades, heridas punzantes en forma de tenedor de cocina, incisas alargadas producidas por azotes con cable eléctrico. El objeto agresor puede



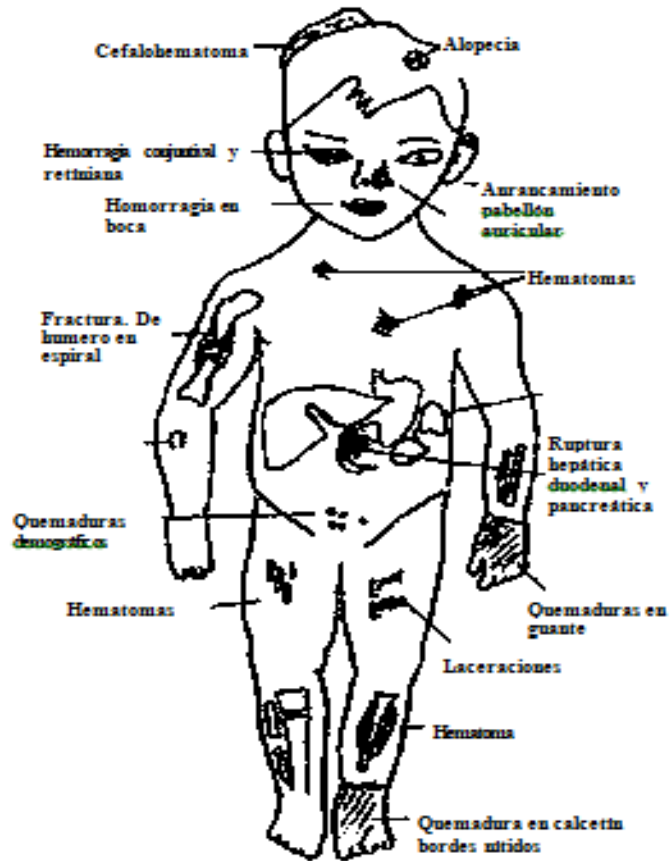
ser la mano o cualquier utensilio fácilmente accesible. Se ha esquematizado las marcas cutáneas causadas por utensilios domésticos. Anexo Fig. 6.3, Las marcas por mordeduras pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo, por la huella conocer el tamaño de la arcada dental; cuando la distancia entre ambos caninos es mayor de 3 cm es improbable que corresponda a la de un niño.

El color de las lesiones de la piel es dependiente de su antigüedad y de la profundidad del tejido lesionado. Cuando es profunda, la variación del color de la piel puede tardar horas o días, lo que dificulta el reconocimiento.

En general, las lesiones cutáneas provocadas son visibles inmediatamente después de producirse. El proceso de reducción y eliminación fisiológico de la hemoglobina extravasada explica los cambios de coloración que aparecen con la evolución. Inmediata a la lesión, La coloración es oscura, roja (equimosis), oscura morada o azulada (hematoma); verdosa (una semana más tarde), amarilla desapareciendo entre la 2 y la 4 semana de la agresión.

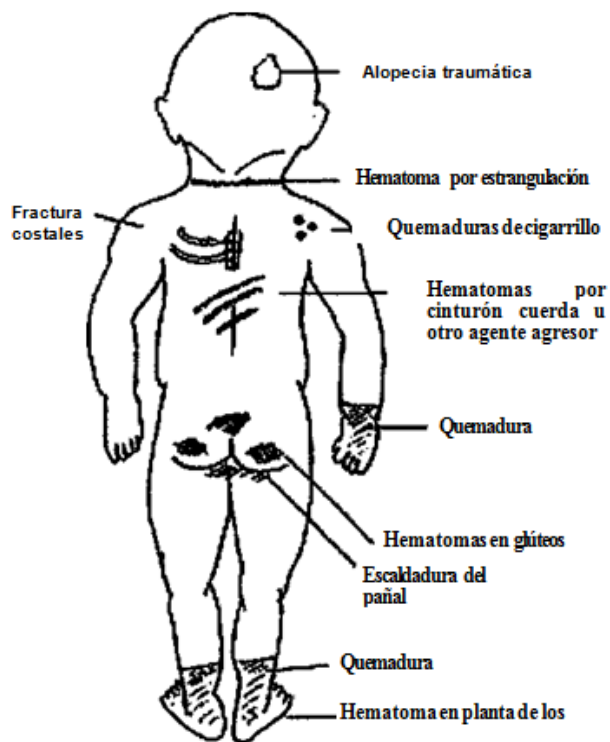
## LESIONES FÍSICAS PROVOCADAS MÁS FRECUENTES

Gráfico # 2



## LESIONES FÍSICAS PROVOCADAS MÁS FRECUENTES

Gráfico # 3



### Diagnóstico

El diagnóstica se basa casi exclusivamente en la historia clínica y exploración física.

La historia clínica debe obtener:

- ✓ Los antecedentes del lesionado, alimentación, inmunización, enfermedades previas, al objeto de detectar negligencias en el control médica
- ✓ Valoración de la credibilidad de la historia, especialmente si la lesión puede corresponder al desarrollo motor del niño o no y si existe discordancia entre la historia y la exploración física.
- ✓ Obtención de historias diferentes a distintos miembros de la familia, o relato de versiones distintas cuando es interrogado por diferentes facultativos.
- ✓ Antecedentes familiares de enfermedades físicas, psíquicas o drogodependencias

- ✓ Evaluación del riesgo de repetición de las lesiones y riesgo de muerte del menor, al objeto de aplicar las medidas protectoras tales como hospitalización, apoyo y protección familiar.

La exploración física debe ser minuciosa para detectar pequeños signos de maltrato. Se realizará una exploración por órganos, que incluya cabeza (cefalohematoma, alopecia traumática), ojos (hemorragia de esclerótica), nariz (desviación tabique nasal), pabellón auricular (hematomas, desgarros), oído medio y externo (hemotímpano), labios, boca y dientes (arrancamiento dental), cara (hematoma en mejillas, arco orbitario), cuello, hombros, tórax anterior y posterior (palpación costal), abdomen, glúteos, genitales, extremidades inferiores y superiores.

Además la exploración debe incluir el desarrollo motor para dilucidar si la lesión puede ser compatible con el grado de desarrollo o no, lo que sugerirá lesión no accidental. Se evaluará también el estado nutricional, la existencia o no de signos sugerentes de negligencia en el cuidado (heridas abandonadas, dermatitis intensa del pañal, parasitosis, suciedad, etc), malos tratos previos (cicatrices, hematomas en fase de solución, deformidad de huesos por fractura previa, etc.), o abandono emocional; observará la actitud del niño frente a sus padres o tutores (actitud de ausencia), frente a la exploración física (miedo, ausencia).

El médico debe sospechar malos tratos ante toda lesión de piel no explicada, sobre todo si el paciente es lactante o preescolar. También cuando se detectan diferentes tipos de lesiones a la vez (hematoma, quemadura, fractura ósea) o la misma lesión en diferentes estadios de evolución sobre todo si concurren factores de riesgo social, familiar o personal, facilitadoras de malos tratos.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Es necesario hacerlo con procesos que simulen malos tratos, sin serlo. Éstos son:

Trastornos de la coagulación, tanto congénitos:

- ✓ Hemofilia,
- ✓ Enfermedad de von Willebrand)

Como adquiridos

- ✓ Púrpura trombocitopénica, Schoenlein-Henoch,
- ✓ intoxicación por anticoagulantes, dicumarínicos y warfarina) que cursan con hematomas múltiples en diferentes estadios de evolución. El recuento de plaquetas y estudio de la coagulación permitirá el diagnóstico.

Entre otros

- ✓ Mancha mongólica, situada en la zona sacra no debe ser confundida con hematomas glúteos provocados; éstos cambian de color y desaparecen en algunas semanas, mientras que aquellos permanecen meses.
- ✓ Neuroblastoma. Puede presentar equimosis periorbital bilateral que en ocasiones es erróneamente interpretado como contusión de cráneo y fractura de base de cráneo.
- ✓ Fifofotodermatitis: producida por la activación por los rayos ultravioletas de la luz de un producto químico (psoraleno) que, liberado por algunos vegetales (limones, apio), produce en la piel una reacción que puede confundirse con traumatismo intencional ya que simula la forma en que el vegetal haya estado en contacto con la piel.

## **Tratamiento**

El tratamiento de las lesiones cutaneomucosas provocadas no difiere de las de causa accidental. Limpieza, desbridamiento y sutura, si precisa. El papel de los servicios médicos no es sólo la curación de las lesiones físicas; también la prevención, que se realiza diagnosticando el caso y las situaciones de riesgo (sociales, gemelaridad, hiperactividad) al objeto de realizar, junto a otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, etc.), una prevención adecuada. La hospitalización tiene por objeto no sólo el tratamiento de las lesiones físicas, sino también la prevención del niño

maltratado del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección y tutela intervengan, garantizando su integridad.

El tratamiento de los niños físicamente maltratados debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario que englobe los aspectos médicos, sociales, psicológicos y legales.

Todas las quemaduras afectan más frecuentemente a los niños de bajo nivel socioeconómico. La pobreza obliga a utilizar como sistemas de calefacción y cocina métodos más peligrosos, menos vigilancia y menor educación sobre los peligros diarios de quemadura e incendio. Las provocadas, aunque pueden darse en cualquier estrato social, son más frecuentes en las de bajo nivel socioeconómico, siendo la escaldadura por inmersión que es la habitual.

### **Grados y extensión de las quemaduras**

Dependiendo de la profundidad, las quemaduras se clasifican en tres grados Tabla 7.1. La importancia para la vida es dependiente de la extensión y de la profundidad; para la recuperación funcional del área quemada y psicológica del niño es importante también su localización, siendo la cara, manos, pies y genitales las de peor recuperación funcional.

Para el cálculo de la superficie corporal quemada no pueden emplearse las reglas de los adultos, ya que la proporción de la cabeza de los niños, tronco y extremidades es diferente de la de los adultos y también diferente entre sí en lactantes, niños o adolescentes; la cabeza es tanto mayor cuanto menor edad tiene el individuo. Para el cálculo de la superficie quemada se pueden emplear diferentes procedimientos.

## TIPOS DE QUEMADURAS

Las quemaduras provocadas pueden estar producidas por contacto de un líquido caliente con la piel (escaldadura) o de un sólido (quemadura seca). Las primeras son las más frecuentes 70% y pueden producirse por derramamiento de un líquido caliente sobre la piel, lo que suele afectar a cara, mentón, cuello, área de la corbata, dorso de manos y en ocasiones de pies; estas quemaduras no son muy profundas ni extensas 10% al 20% de la superficie corporal y se acompañan cuando son accidentales de puntos periféricos a la quemadura central por salpicaduras. Se producen en la cocina o el baño, siendo el líquido caliente agua, sopa, té o café.

La escaldadura por inmersión es típica del maltrato y adquiere formas que la hacen sugestiva de esta etiología. Son quemaduras delimitadas, de bordes nítidos, frecuentemente simétricas, de profundidad uniforme, que afectan preferentemente a las zonas tradicionales de castigo, glúteos, manos y pies, y adoptan formas de quemadura:

- ✓ En guante (castigo por coger o romper objetos prohibidos)
- ✓ Calcetín o quemaduras en casquete de glúteos al ser sentado en agua caliente (castigo por no control de esfínteres) o delimitados en glúteos y espalda.

La profundidad de las quemaduras de escaldadura depende de dos variables: temperatura del agua o líquido caliente y de la duración del contacto. Las quemaduras por inmersión accidental suelen ser de primer o a lo sumo de segundo grado; para que se produzcan éstas, la duración del contacto de la piel con el agua debe ser mayor de 70 segundos a 52 °C o de 14 segundos a 56°C, duración improbable para una quemadura accidental y temperatura excesiva para el agua caliente doméstica que se recomienda estar limitada, para prevenir accidentes infantiles, a 49 °C En la mayoría de los calentadores de agua sin limitación de temperatura, el agua sale a 60 °C, lo que requiere más de tres segundos para producir

quemaduras de segundo grado y más de 15 segundos para producir quemaduras de tercer grado.

Las quemaduras por contacto con objetos incandescentes son menos frecuentes que las anteriores 30%, pero en ocasiones muy sencillas de identificar como provocadas al quedar impresa sobre la piel la huella del objeto agresor. Éstos, aunque de uso doméstico corriente, pueden ser muy diversos, tales como planchas de vapor o eléctricas, calentadores, utensilios de cocina, cigarrillos, etc. Las huellas nos permiten descifrar fácilmente la forma del objeto agresor. Las quemaduras por contacto pueden ser casuales cuando la superficie quemada es la no cubierta por las ropas, los bordes de la lesión no son nítidos y la quemadura no es profunda. Los niños pueden accidentalmente quemarse con objetos calientes, pero el tiempo de contacto es mínimo al producirse la retirada refleja, lo que impide la profundidad de la lesión.

Las quemaduras por cigarrillos, redondas, son siempre provocadas, especialmente cuando son múltiples, redondeadas (el cigarro es aplicado sobre la piel, perpendicularmente) y en zonas cubiertas. Puede ser accidental sólo cuando la quemadura es única, de bordes ovalados (aplicación tangencial) y en zonas descubiertas de la superficie corporal.

Las quemaduras por llama de fuego y las eléctricas suelen ser casuales, excepcionalmente provocadas. Únicamente cuando concurren otras lesiones propias de los malos tratos (hematomas, fracturas) o datos familiares sugerentes debe pensarse en esta posibilidad.

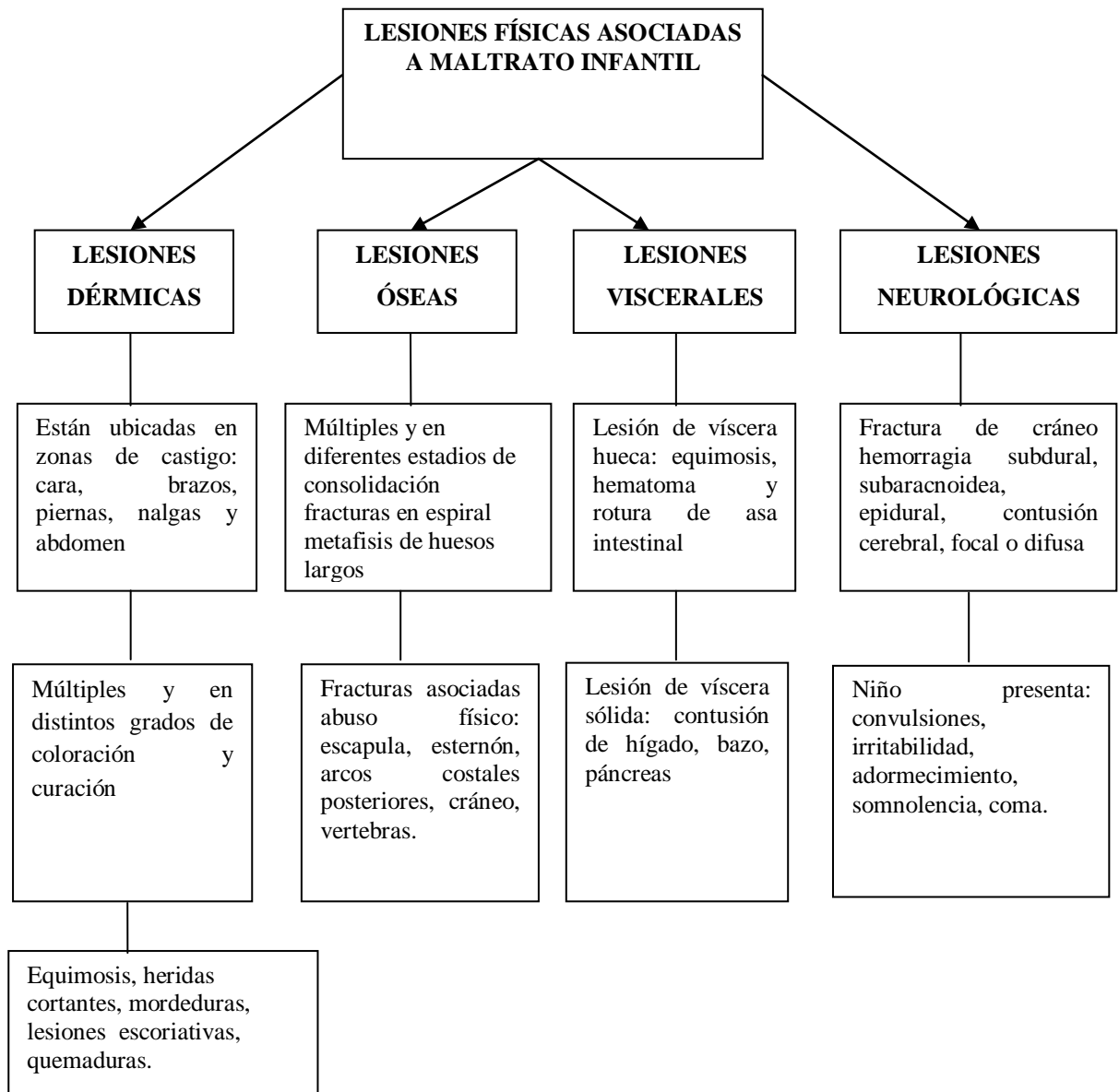
### **Diagnóstico diferencial**

Quemadura provocada o fortuita. El médico debe aprender a diferenciar entre las quemaduras provocadas y las fortuitas, ya que sus consecuencias y tratamiento son muy diferentes. Las primeras tienen riesgo de recidiva, complicaciones e incluso



muerte, bien por nuevas quemaduras o por otro tipo de maltrato; requieren no sólo el tratamiento médico de la lesión, sino también un seguimiento más preciso no sólo de la quemadura, también de las condiciones sociales, Las quemaduras provocadas o por accidente casual pueden ser diferenciadas por las características de forma, profundidad, delimitación de bordes, simetría y localización, búsqueda inmediata o diferida de asistencia médica, así como por la existencia o no de factores predisponentes al maltrato físico.

La evaluación ortopédica del niño es fundamental en la determinación del diagnóstico y como prueba contundente las lesiones recibidas por los niños, en el caso de tratarse de un maltrato infantil son: .



**Figura # 2: Lesiones Físicas asociadas al maltrato infantil**  
 Fuente: Dra. Gladys Fernández. 2004. Síndrome del maltrato infantil

## **TRAUMATOLOGIA PEDIÁTRICA**

La traumatología pediátrica es una rama de la traumatología. La pediatría es la especialidad médica que estudia al niño y sus enfermedades. El término

La ortopedia pediátrica, es la sub-especialidad médico quirúrgica que está encaminada a la corrección de las alteraciones del sistema musculo-esquelético, que afectan a los niños y adolescentes durante su crecimiento.

Los especialistas tenemos una formación específica en los problemas ortopédicos o traumatológicos de los niños y nos dedicamos por completo a su estudio y tratamiento.

El hueso del niño tiene características anatómicas, fisiológicas y biomecánicas diferentes a los del adulto y esto determinará que las fracturas tengan aspectos clínicos y forma también más favorable, justificando que el tratamiento sea cerrado en la mayoría de ellas.

Las fracturas de los niños difieren de las de los adultos debido a las diferencias estructurales y anatómicas, fisiológicas y biomecánicas que hacen posible que aparezcan determinados tipos de fracturas.

Las diferencias con el hueso adulto serán :

### **Diferencias anatómicas**

- a) Presencia de cartílagos de crecimiento.
- b) Periostio grueso, osteogénicamente activo y bien vascularizado.
- c) Estructura ósea más porosa y mejor vascularizada, especialmente en las metáfisis.
- d) Presencia de epífisis sin osificar .

### **Diferencias fisiológicas**

- a) Hueso menos mineralizado
- b) Mayor contenido de agua
- c) Presencia de núcleos de osificación
- d) Periostio grueso e irrigado.
- e) Mayor capacidad de remodelación

### **Diferencias biomecánicas**

- a) Mayor laxitud que la del adulto.
- b) Mayor rango de movimiento
- c) Los ligamentos más fuertes que los cartílagos crecimiento.
- d) Más frecuente durante el período de crecimiento la fractura fisaria que el esguince.

### **EPIDEMIOLOGIA**

Los traumatismos en la infancia siguen siendo la primera causa de muerte y un 20% de los mismos son fracturas. Aproximadamente el 80% de fracturas se producen después de los 6 años de edad, se originan en el miembro superior un (70%) la causa depende de la edad, pero los más probable son accidente doméstico y deportivo. Entre el 15 y el 20% de ellas, se va a afectar el cartílago de crecimiento. Las fracturas a lo largo del período de crecimiento mayor en niños (42%) y en niñas (27%).

### **CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE FRACTURAS**

El hueso infantil al fracturarse puede afectar el trazo al cartílago de crecimiento.

Cuando no lo hace, debido a las características especiales ya enunciadas, puede sufrir fracturas específicas que sólo se dan en la infancia y que requieren por tanto también maniobras de tratamiento especiales. Éstas serán las fracturas en rodete, tallo verde y la incurvación plástica diafisaria.

### **Fracturas que no afectan a la fisis.**

#### **Fracturas específicas de la infancia:**

- ✓ Fracturas en rodete, toro o caña de bambú.
- ✓ Fracturas en tallo verde.
- ✓ Incurvación plástica diafisaria.

#### **Fracturas no específicas**

Son similares a las del adulto y pueden clasificarse según su:

- ✓ Localización (epifisarias, metafisarias, diafisarias, fisarias).
- ✓ Trazo (transversas, espiroideas, oblicuas, conminutas).
- ✓ Mecanismo (espontáneas o patológicas, estrés o fatiga).
- ✓ Fracturas que afectan al cartílago fisario.
- ✓ Clasificación de Salter y Harris.
- ✓ Clasificación de Peterson

#### **Tratamiento de las fracturas específicas**

Varía según el tipo de fractura:

### **Fractura en rodete o caña de bambú**

Su nombre es por recordar el aspecto que forma el relieve de la cortical ósea en el foco de fractura, sus localizaciones predilectas son metáfisis, y la unión metafisodiafisaria, más frecuentes a nivel del tercio distal del radio y con menor frecuencia, en la porción proximal del húmero, fémur distal y tibia proximal, mecanismo de producción es por una compresión axial sobre el hueso. La clínica dolor, impotencia funcional y signos de inflamación sobre la región metafisaria. Radiográfica mostrará la típica deformidad en una o ambas corticales, en forma de rodete y una banda de hueso más denso y escleroso que recorre toda la metáfisis. El tratamiento inmovilización del miembro afecto durante 2 a 3 semanas, al no existir desplazamiento, tampoco se requieren maniobras de reducción.

### **Fractura en tallo verde**

Denominación que recibe por el aspecto que adquiere el trazo de fractura, que es similar al producido cuando intentamos romper un tallo verde provocando una inflexión del mismo desde sus extremos, localización es siempre en huesos diafisarios finos y con corticales delgadas, tales como son el radio, cúbito y clavícula, mecanismo de producción es una inflexión de un hueso diafisario fino y su localización suele ser el antebrazo o la clavícula.

La clínica se evidencia deformidades, radiográfica mostrará la intensa deformidad angular y al nivel del trazo de fractura, una cortical que está deformada pero íntegra. El tratamiento consiste en completar el trazo de fractura; ya que, si no se hiciera, la deformidad se reproduciría a pesar de la inmovilización se inmovilizara el miembro durante 4-6 semanas en un vendaje enyesado

### **Incurvación plástica diafisaria**

Deformidad que aparece en un hueso diafisario sin presentar trazo alguno de fractura visible. Son las menos frecuentes, localización es en huesos diafisarios finos con corticales delgadas y su mecanismo de producción es de baja energía llegando a provocar la deformidad plástica del hueso sin llegar éste, al punto de rotura.

### **El tratamiento cerrado de las fracturas no específicas**

El tratamiento cerrado de las fracturas en el niño sigue siendo el método de elección debido a las características propias del hueso infantil, especialmente la capacidad proliferativa osteogénica del periostio, riqueza vascular y a la perfecta tolerancia de los métodos de inmovilización. Tras las maniobras de reducción se aplican los métodos de inmovilización que son el vendaje enyesado y la tracción longitudinal en el eje del miembro.

Los vendajes enyesados requieren mayor vigilancia clínica en el niño, siempre son aconsejables controles radiológicos para controlar desviaciones secundarias de los fragmentos de la fractura.

## **TRAUMATOLOGÍA**

La traumatología es parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor es en la actualidad insuficiente, ya que esta especialidad se extiende mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas, abarcando también el estudio de aquellas congénitas o adquiridas, en sus aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde el niño hasta la senectud.

Actualmente en muchos países se usa el nombre de "Ortopedia" para referirse al estudio de las enfermedades del tronco y las extremidades, pero la tradición del uso

de la palabra "traumatología" hace que la palabra "ortopedia" excluya las lesiones traumáticas.

Por lo anteriormente señalado se denomina a esta especialidad como "Ortopedia y Traumatología".

La palabra ortopedia empezó a usarse en el Siglo XVIII con la publicación por Andry, en el año 1743, de su trabajo "Ortopedia o el arte de prevenir y corregir en los niños las deformaciones del cuerpo". Este autor simbolizó esta rama de la medicina con la figura de un árbol torcido, el cual, para corregir su crecimiento, se encuentra atado fuertemente a una estaca.

Etimológicamente la palabra ortopedia proviene del griego, orthos = derecho y paidos = niño, basada en las frecuentes deformaciones esqueléticas en los niños debidas a poliomielitis, tuberculosis, alteraciones congénitas y otras.

Hipócrates, reconocido como Padre de la Medicina y como uno de los grandes precursores de la ortopedia, a través de sus obras como el "Tratado de las fracturas" y el "Tratado de las articulaciones", donde describe el cuadro clínico de las luxaciones traumáticas y congénitas de la cadera, las artritis supuradas, el pie bot, y algunos métodos terapéuticos con principios similares a los de la actualidad, como la introducción de la tracción en el tratamiento de las fracturas. Durante el Siglo XIX hubo un gran desarrollo de la ortopedia mediante el uso de métodos terapéuticos mecánicos, pero paralelamente, hacia fines de este siglo, se inicia el desarrollo de la cirugía, gracias al empleo del conocimiento de la asepsia, antisepsia, y la anestesia, dando las bases para el desarrollo de la cirugía general, incluyendo la cirugía ortopédica.

Por esto hoy hablamos de los métodos terapéuticos conservadores, como los tratamientos ortopédicos, para diferenciarlos de aquéllos en que se emplea la cirugía,



denominándolos métodos quirúrgicos, a pesar que todos ellos forman parte de la ortopedia

Actualmente, a través del gran desarrollo ocurrido durante el siglo XX, la especialidad ha tomado un impulso incalculable a través de las posibilidades de recuperación que ofrece a los pacientes que sufren traumatismos cada vez más frecuentes y de mayores proporciones. Además, el aumento del promedio de vida de las personas se traduce en un mayor número de lesiones osteoarticulares degenerativas e invalidantes. Es así como en la segunda mitad de este siglo, han alcanzado un gran desarrollo la cirugía de los reemplazos articulares, la cirugía de columna, cirugía artroscópica, el manejo quirúrgico de las fracturas a través de las distintas técnicas de osteosíntesis, la cirugía reparativa, etc. que prometen en el futuro una gran mejoría de los pacientes afectados por una patología del aparato locomotor.

## **MEDICINA**

La medicina ha sido definida como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud o "el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad" o finalmente, "la ciencia de curar y precaver las enfermedades".

Se puede objetar esas definiciones precisando que la medicina no ha sido siempre una ciencia, es decir, "conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas" (Rancés. Diccionario Ilustrado de la Lengua Española. 2002), y que difícilmente ha sido en algún momento sólo un arte, o sea, "la disposición o habilidad para hacer alguna cosa" o "el conjunto de reglas necesarias para hacer bien alguna cosa".

### **Objetivos**

Los objetivos de la medicina son conservar la salud y curar las enfermedades.

De allí las dos hijas del dios Esculapio, Hygieia y Panacea. Hygieia era la diosa de la conservación de la salud, mientras que Panacea lo era de la curación de las

enfermedades. De sus nombres han derivado las palabras higiene y panacea; esta última para dar a entender "un medicamento que se supone eficaz para curar diversas enfermedades".

Más recientemente, Claude Bernard (1964), en su genial obra "Introducción a la Medicina Experimental", propone también que los dos objetivos de la medicina son "conservar la salud y curar las enfermedades".

Sin embargo, no se debe olvidar que si la salud fuera un don garantizado no nos preocuparíamos por conservarla. Es debido a que enfermamos o, lo que es lo mismo, a que perdemos la salud, que surge en nosotros esa preocupación. Por la razón, pensamos que al definir la medicina se debe hablar de prevenir las enfermedades más bien que de conservar la salud.

Teniendo en mente estas consideraciones, proponemos definir la medicina como el conjunto de conceptos, procedimientos y recursos materiales, con los que se busca prevenir y curar las enfermedades.

## **Medicina y Sociedad**

La relación del médico con la sociedad es compleja desde los comienzos de la humanidad y va acompañando los cambios históricos. Nos centraremos en los cambios importantes de los últimos siglos y sobre todo de las últimas décadas.

Esta relación se puede analizar desde la óptica del profesional o desde la óptica de la sociedad, pero por un lado o por otro hay un cambio muy importante a partir de la década de 1970 cuando aparece un libro llamado Nemesi Médica, de Ivan Illich, en donde se destaca que la medicina puede ser tan útil como dañina.

A partir de entonces e inmerso en la sensación de la ciencia todopoderosa, en diversas publicaciones científicas se aborda el tema del error médico como una nueva enfermedad que puede ser diagnosticada, prevenida y tratada. En paralelo con ello se desarrolla un cambio en la concepción de la compensación de los daños, y los seguros que cubren las lesiones producidas por los daños que provocan los médicos. También aparece un fenómeno nuevo que es llamada medicina a la defensiva.

La relación médico-paciente en este entorno sufre cambios importantes y se establece un contrato en donde la condición es la aceptación de los pacientes de los riesgos que habrán de correr cuando se someten a un procedimiento, a través del consentimiento informado, a partir del cual el médico “se libre la responsabilidad de provocar los distintos eventos adversos posibles.

Desde el punto de vista de la sociedad, en los últimos dos siglos aparece una nueva verdad que desplaza a la verdad divina: aquella que surge de la ciencia. También se desplaza la fe desde las religiones a la tecnología, hay un cambio en la percepción del fin de la existencia que se traduce en el sentimiento de que la muerte ya no es un tránsito al más allá, ya que puede ser evitada, y que el “más allá” probablemente no exista. En la medida que se vislumbra el cuerpo humano como una máquina, se comienza a creer en que todo desperfecto tiene solución y que incluso los fenómenos mentales son resultado de delicados engranajes físico químicos en los cuales se puede interferir orientando los sentimientos humanos en diferentes sentidos.

## **2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO**

#### **Definición y Clasificación del síndrome del niño maltratado**

**SÍNDROME:** Grupo de síntomas y signos que revelan la alteración de una función somática, relacionados unos con otros por medio de alguna peculiaridad anatómica, fisiológica o bioquímica del organismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 40 millones de niños sufren violencia en el mundo y en la Región de las Américas y el Caribe ésta se da en todas las formas. La mayoría de los menores sometidos a castigos corporales se encuentran entre los 2 y los 7 años de edad, aunque las edades más afectadas comprenden entre los 3 y los 5. Un 85% de las muertes por maltrato son clasificadas como accidentales o indeterminadas y, por cada muerte, se estiman 9 incapacitados, 71 niños con lesiones graves e innumerables víctimas con secuelas psicológicas

La Organización Mundial de la Salud definió en el año 1999 al maltrato infantil de la siguiente manera: "El maltrato físico de menores abarca toda forma de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad.

#### **CLASES DE MALTRATO**

El maltrato puede ser clasificado como:

- ✓ Físico
- ✓ Psicológico o emocional,

- ✓ Sexual,
- ✓ Explotación
- ✓ Negligencia-abandono.
- ✓ Institucional

### **Maltrato físico**

Es toda forma de agresión no accidental infligida al menor producido por el uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:

- ✓ Traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte, y
- ✓ Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño.
- ✓ El niño zarandeado es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas severas como daño cerebral y aún la muerte.
- ✓ El castigo físico es un tipo de maltrato usado por muchos padres como método de disciplina. La mayoría de las personas que golpean a sus hijos con la intención de corregirlos no son conscientes de que los golpes son poco eficaces para educar y que producen daño real o potencial sobre la salud, desarrollo, la dignidad y la autoestima del niño. La mayoría de los padres ni siquiera se da cuenta que por culpa de los golpes que recibieron de sus progenitores, tienen conductas agresivas o dañinas para la sociedad. El uso regular del castigo físico como forma de disciplina es maltrato

### **Fases del maltrato físico:**

**1. Tensión:** El niño o niña experimenta un alto grado de tensión, de angustia, miedo, ansiedad y confusión ante los incidentes que provocaron la ira, enojo del o los progenitores o de quienes están a su cuidado.

**2. Ansiedad:** Aumenta su ansiedad, trata de explicar, le falta aire, se paraliza o trata de escapar, instintivamente se protege para evitar el castigo.

**3. Impacto:** Al efectuarse el castigo se produce el impacto, el niño, niña o adolescente siente dolor, quemazón, impotencia, miedo, soledad, no se mueve, espera que el ataque pase o a su vez trata de huir, grita, llora.

**4. Dolor:** Se siente humillado, incrédulo, luego de los golpes siente dolor físico según el grado o la fuerza con que fue castigado/a.

**5. Rebeldía:** Experimenta rebeldía, desilusión, resentimiento, sentimientos de culpa, derrota, ira, furia, dolor de cabeza y de cuerpo.

**6. Culpabilidad:** Siente lástima de sí mismo/a, trata de no hablar, no mira de frente, piensa que es injusto, se culpabiliza.

**7. Busca protección:** Se esconde, en situaciones graves puede darse el caso de que huya de casa o busque apoyo con otros niños, niñas o adolescentes de su misma edad o inclusive mayores que ellos.

### **Indicadores físicos en el niño:**

- ✓ Magulladuras o moratones en el rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, la espalda, nalgas o muslos; en diferentes fases de cicatrización o con

formas no normales, agrupados o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.

- ✓ Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, o con indicadores de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente
- ✓ Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos.
- ✓ Torceduras o dislocaciones.
- ✓ Heridas o raspaduras en la boca labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ✓ Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
- ✓ Cortes o pinchazos.
- ✓ Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

### **Maltrato psicológico o emocional**

Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías de maltrato psicológico y emocional:

- ✓ Ignorar al niño, lo que hace referencia al niño fantasma. Sus emociones, ansiedades, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.
- ✓ El rechazo por parte de los adultos de las necesidades, valores y solicitudes del niño.
- ✓ El aislamiento. Cuando el niño es privado de su familia y/o comunidad, negándole la necesidad de contacto humano.
- ✓ El terrorismo. El que el niño está expuesto a ataques verbales y amenazas con objetos, creando un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.
- ✓ La corrupción. Cuando el niño está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando de esta manera el desarrollo adecuado de conductas sociales.
- ✓ La agresión verbal, que es el uso continuo de una forma de llamar al niño de manera áspera y sarcástica. Día a día va disminuyendo su autoestima.
- ✓ La presión, que es la constante exigencia para lograr un desarrollo rápido esperando logros y aprendizajes a un nivel que no corresponde con su desarrollo neurológico ni mental. Este niño sentirá que nunca será lo suficientemente bueno.

### **Abuso sexual**

"Cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre e/ niño".

El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.



Tipos de conductas que comprende:

En función de la relación entre la víctima y el abusador:

### **Incesto**

Contacto físico sexual protagonizado por una persona que mantiene una relación de consanguinidad lineal con el niño (padre, madre, abuelo, abuela) o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (por ejemplo, padres adoptivos, padrastro/madrastra).

### **Violación**

Contacto físico sexual protagonizado por cualquier persona adulta no incluida en el apartado anterior.

### **En función de tipo de contacto sexual**

#### **Abuso sexual sin contacto físico**

Por ejemplo exhibicionismo, solicitudes al niño de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico.

#### **Abuso sexual con contacto físico**

Por ejemplo tocar y acaricia los genitales del niño, coito, intentos de penetración, vaginal , anal y bucal.

## **Niveles de gravedad**

### **Leve**

Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y donde el niño dispone del apoyo de sus padres o cuidadores.

### **Moderado**

Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, que ha tenido lugar en varias ocasiones, y donde el niño dispone del apoyo de sus padres o cuidadores.

### **Severo**

Incesto (con o sin contacto físico) y violación con contacto físico

Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía.

### **Explotación**

La explotación comercial o de otro tipo se refiere a la utilización de menores en el trabajo o en otras actividades en beneficio de otras personas. Esto incluye, aunque no se limite a ello, el trabajo infantil y la prostitución infantil. Estas actividades van en detrimento de la salud física y mental del niño, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-emocional.

### **Abandono y trato negligente**

Se produce abandono cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición,

protección y condiciones de vida seguras. Como consecuencia de ello, se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

#### Alimentación

- ✓ No se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.

#### Vestido

- ✓ Vestuario inadecuado al tiempo atmosférico.
- ✓ El niño no va bien protegido del frío.

#### Higiene

- ✓ Constantemente sucio, escasa higiene corporal.

#### Cuidados médicos

- ✓ Ausencia o retraso importante en la atención médica de los problemas físicos o enfermedades necesidades.
- ✓ Ausencia de cuidados médicos rutinarios.

#### Supervisión

- ✓ El niño pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres/cuidadores del niño.

- ✓ Condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del niño.

#### Area educativa

- ✓ Inasistencia injustificada y repetida a la escuela.
- ✓ Para poder definir la existencia de negligencia física, debe presentarse uno o varios de los indicadores de manera reiterada y/o continua

### **Maltrato Institucional**

Para que se configure el maltrato institucional se debe cumplir alguna de estas dos condiciones:

- a) Cuando la acción u omisión considerada maltrato lo comete un servidor de una institución pública o privada, como resultado de la aplicación de reglamentos, prácticas administrativas o pedagógicas aceptadas expresa o tácitamente por la institución; y,
- b) Cuando sus autoridades han conocido el maltrato y no han adoptado las medidas para prevenirlo, hacerlo cesar, remediarlo y sancionarlo de manera inmediata.

### **FACTORES DE RIESGO**

Se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil. Aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas del maltrato infantil.

## **Factores del niño**

No hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado:

- Hijo no deseado
- Hijo con enfermedades crónicas
- Hijo discapacitado mayor riesgo para ser maltratado
- La edad inferior a 7 años y la adolescencia;
- Hiperactivo
- Hijos que no cumplen las expectativas de los padres;
- El hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.

## **Factores de los padres o cuidadores**

Hay varias características de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- Padres jóvenes
- Familia monoparental
- Las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido;
- No cuidar al niño;
- Antecedentes personales de maltrato infantil;
- La falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil;
- El consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación;
- La participación en actividades delictivas;
- Las dificultades económicas.
- El consumo indebido de alcohol o drogas y sustancia psicotrópicas.

- Familia numerosa conviviendo en un espacio reducido
- Situaciones de estrés

### **Factores relacionales**

Hay diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- Los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia;
- La ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia;
- El aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos;
- La pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.

### **Factores sociales y comunitarios**

Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- Las desigualdades sociales y de género;
- La falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones;
- Los niveles elevados de desempleo o pobreza;
- La disponibilidad fácil del alcohol y las drogas;
- Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles;
- Las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo;
- Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

## CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil trae serias consecuencias tanto en el individuo como en la sociedad, poco o nada se hace en términos de promoción de la salud, la detección y la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos emocionales. Únicamente se atienden las necesidades físicas de los menores, al agresor tampoco se les da un tratamiento, sin embargo las autoridades de salud públicas pasan de largo sin reconocerlos como individuos bio-psico-sociales. Por tanto, la reintegración y adaptación de estas personas nuevamente a la sociedad la llevan a cabo solos y, la forma en la que lo hacen no siempre es la más adecuada.

Por consecuencias entendemos toda serie de alteraciones en el funcionamiento individual, familiar y social de las víctimas de maltrato. Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a dos niveles: somático y psicológico.

### CONSECUENCIAS SOMÁTICAS.

**Abandono físico:** retraso pondoestatural, cronificación de problemas por falta de tratamiento físico, vitaminopatías, eritemas del pañal, aplanamiento del occipucio, aparición de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación y producción de quemaduras y otras lesiones por accidentes familiares debidas a una falta de supervisión.

**Maltrato físico:** lesiones cutáneas, quemaduras, lesiones bucales (que pueden afectar a la posición de los dientes), lesiones óseas (que pueden afectar el crecimiento y la movilidad articular), lesiones internas (traumatismos craneales y oculares) entre las que destacan aquellas que producen edemas cerebrales puesto que pueden tener secuelas neurológicas.

Estas consecuencias pueden manifestarse a corto, a mediano y largo plazo, es decir, en la infancia, adolescencia y edad adulta. Las consecuencias que estos autores plantean serían las siguientes:

### **CONSECUENCIAS DURANTE LA INFANCIA.**

**A corto plazo:** Incluye los efectos que estos pueden tener sobre el desarrollo físico del niño en el periodo comprendido entre los cero y los ocho años de edad, este es el periodo en donde se producen cambios más rápidos y drásticos.

La principal y secuela que los malos tratos producen en el desarrollo de los niños es precisamente su retraso que se nota alrededor de la edad de un año, ya es muy claro a los veinticuatro meses. Las áreas comportamentales que se encuentran más afectadas en este periodo son las siguientes:

- ✓ **Area cognitiva:** presentan un menor desarrollo cognitivo, se muestran más impulsivos, menos creativos, más distraídos y su persistencia en las tareas de enseñanza aprendizaje es menor. Son menos habilidosos resolviendo problemas y cuando llegan a la edad escolar muestran peores resultados en las pruebas de destrezas y tienen mal rendimiento académico. Los niños maltratados funcionan cognitivamente por debajo del nivel esperado para su edad, ya que sus puntuaciones en escalas de desarrollo y tests de inteligencia son menores que en los niños no maltratados, sus habilidades de resolución de problemas son menores y hay déficit de atención que comprometen el rendimiento en las tareas académicas.
- ✓ **Area social:** los niños a los 18 y 24 meses sufren un apego ansioso y presentan más rabia, frustración y conductas agresivas ante las dificultades que los niños no maltratados. Entre los 3 y 6 años tienen mayores problemas expresando y



reconociendo afectos que los controles. También expresan más emociones negativas y no saben animarse unos a otros a vencer las dificultades que se presentan en una tarea. Por último, presentan patrones distorsionados de interacción tanto con sus cuidadores como con sus compañeros. Se ha identificado seis patrones distorsionados de comunicación afectiva entre los niños maltratados y sus cuidadores: eran retraídos o distantes afectivamente, mostraban falta de placer o bienestar, eran inconsistentes en la interacción, presentaban ambigüedad, frivolidad y comunicación afectiva negativa. Estos niños se acercan menos a los cuidadores, evitan más a los adultos a los compañeros y son muy agresivos con los adultos.

- ✓ Área del lenguaje: Los niños que padecen de maltrato físico, a los 30 meses, no presentan alteraciones en cuanto a lenguaje comprensivo pero sí en el productivo, en lo que se refiere a sensaciones, sentimientos y necesidades, los niños que padecen abandono y maltrato físico presentan un déficit en la expresión de este tipo de verbalizaciones referentes a estados internos. Los niños maltratados físicamente utilizan un lenguaje menos complejo sintácticamente, tienen menos vocabulario expresivo y conocen menos palabras que los normales. Estas dificultades de lenguaje no desaparecen a lo largo del tiempo, sino que perduran hasta la edad escolar y presentan dificultades de comunicación y de habilidades de expresión.
  
- ✓ Área de autonomía funcional: Puede haber conductas de cuidado personal (aseo, vestido, nutrición, etc.) que en condiciones normales deben ser aprendidas en el seno familiar y, por otro lado, están las habilidades de la vida en comunidad, es decir, la capacidad que el sujeto tiene de funcionar de forma independiente a sus progenitores o cuidadores. Los niños que padecían diferentes formas de maltrato presentaban un apego ansioso, en especial los que sufrían abandono emocional. Estos niños tendían a ser menos obedientes a sus padres y educadores que los controles y presentaban menor repertorio de autocontrol.

- ✓ Area Motor: Esta es el área que se encuentra menos afectada según( Pino, 1995). En (Pino y Herruzo (1993) los niños que padecían abandono físico se mostraban más tardíos en adquirir la locomoción y se apreciaban también déficits en motricidad fina.
  
- ✓ Problemas de Conducta. Se refiere a los problemas de comportamiento en general (conductas agresivas, hiperactivas y disruptivas). Como ya se ha mencionado, los problemas de conducta agresiva se presentan principalmente en los niños maltratados físicamente además se encontrar en estos niños más síntomas depresivos ( más baja autoestima y desesperanza en cuanto al futuro) además observaron una inusual aparición de comportamientos sexuales precoces (frotis, masturbaciones con una alta frecuencia, en presencia de otros niños) en niños que padecían abandono .

## **LA HABILIDAD PARA DETECTAR QUE UN NIÑO HA SIDO MALTRATADO**

Depende del el conocimiento por parte de cada médico no sólo del estado físico de un niño, sino del comportamiento normal infantil. No basta con notar cualquier cambio en las interacciones sociales de un niño en particular, pues el niño agredido constantemente puede haber sufrido desde la infancia. Por consiguiente, cuando un niño parece comportarse de un modo anormal, deberá considerarse la posibilidad de que sea víctima de maltrato.

### **Aspectos de identificación a los niños, niñas y adolescentes maltratados**

#### **Los indicadores de conducta**

El comportamiento de los niños, niñas y adolescentes maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores.

Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que señalamos a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas:

- Las ausencias reiteradas a clase
- El bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración
- La depresión constante y/o la presencia de conductas auto agresivas o ideas suicidas.
- La docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o
- Defensiva frente a los adultos.
- La búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños.
- Las actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad.

### **Grupos por edades**

Menos de nueve meses. Los niños, niñas y adolescentes no aprenden a girar sobre su cuerpo sino hasta que cumplen unos tres meses o más.

Dependen de otras personas para moverse de un lado a otro. Por lo tanto, es poco probable que se lesionen en manos de alguien que no sea aquel que los cuida, aunque no hay que descartar la posibilidad de un accidente. Por consiguiente, los moretones en los bebés pequeños considerarse como no accidentales, cuando se llega a una posible comprobación del daño. Ciertas lesiones que pueden presentar algunos de estos infantes son pavorosas, y la cuestión de si un bebé tiene unos padecimientos de "huesos quebradizos" o una tendencia hereditaria a las hemorragias, estas condiciones

son en extremo poco comunes, pero es parte del cuidado médico rutinario él examinarlas.

Los bebés tienen una capacidad extraordinaria para recuperarse de las enfermedades y lesiones graves, pero también es cierto que son frágiles que los niños de mayor edad. Sus vidas pueden extinguirse como resultado de un episodio breve pero violento, ya que no pueden huir o esconderse de su atacante.

Los niños que gatean o empiezan a andar: Una vez que los niños pueden moverse, se lastiman con mayor facilidad. Por lo general, estas heridas se hacen visibles en la frente o en aquellas partes del cuerpo que tienen más probabilidad de recibir un golpe con el mobiliario o el suelo: codos, rodillas, pies.

Cuando estos niños, niñas y adolescentes son golpeados, a menudo sólo es posible afirmar que los daños son compatibles con las lesiones no accidentales, las características de maltrato de menor no son solo a través de la agresión física, sino también por la privación del alimento, cuidados físicos y estimulación sensorial tan necesaria para su desarrollo. Así, la desnutrición, las malas condiciones higiénicas del niño, niñas y adolescentes el retraso en las esferas del lenguaje y personal social, el deterioro de las funciones intelectuales como secuela de lesiones al sistema nervioso central.

Además estos menores muestran un patrón de comportamiento muy característico cuando están internados en el hospital, aun en ausencia de lesiones que comprometan el estado general, el niño, niña y adolescente aparece triste, apático y en ocasiones estuporoso; rehúye el acercamiento del adulto y frecuentemente se oculta bajo las sábanas.. La conducta del niño, niña y adolescente, cambia al poco tiempo, a un aferramiento excesivo hacia el personal del hospital, con gran necesidad de contacto físico, al mismo tiempo hay periodos de agresividad; estos pegan y llegan a morder

a las enfermeras, a pesar de que el personal de salud muestran especial afecto y cuidado al menor cuando se enteran de que sufren maltrato.

Se han señalado también patrones de comportamiento característicos del agente agresor en el hospital; poco interés del familiar involucrado acerca de la seriedad de las lesiones, con abandono del niño en el hospital o, al menos, visitas cortas muy esporádicas y el comentario frecuentes de las enfermeras de la sala "de no conocer al padre o madre del niño", a pesar de estancias prolongadas. Sin embargo en ocasiones, el padre o familiar involucrado parece mostrar una gran preocupación por la enfermedad del pequeño paciente, con actitudes francas de sobreprotección hacia éste, lo cual hace más difícil para el médico, la enfermera y aun la trabajadora social con experiencia en el manejo de este problema, aceptar la posible culpabilidad en una persona tan aparentemente interesada en el bienestar del menor.

Se han descrito muchos rasgos característicos del agente del agresor, inmadurez emocional, la cual es la consecuencia de insatisfacción de la misma durante la niñez, sentimientos de ira, coraje y frustración hacia los hijos/as, son normales. En los agresores, se ha enfatizado también, la existencia de un grado alto de impulsividad y pobres mecanismos de control para la misma, lo cual hace que un estímulo aparentemente pequeño, que toleran bien la mayor parte de los padres, provoque la reacción agresiva intensa hacia el menor involucrado. Sin embargo el agresor posee otra actitud fuera de la presencia del niño agredido, el mismo puede desencadenar maltrato y/o actitudes abiertas de rechazo que pueden ir desde inquietud motora marcada, llanto excesivo, aspecto físico del menor, enfermedades frecuentes, etc.

Dr. Cristóbal Ojeda Martínez: Estudio Crítico sobre los Derechos y Garantías, (2004:145) "Para muchos niños, niñas y adolescentes que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana, por lo tanto este comportamiento se toma "aceptable" y el ciclo del abuso continua cuando ellos se

transforman en padres que abusan de sus hijos/as y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones".

Muchas personas no pueden cortar el ciclo del abuso, pero hay niños, niñas o adolescentes a los que la bibliografía mundial denomina "resilientes" que poseen características que les permiten superar este obstáculo.

Como todos sabemos, los niños, niñas o adolescentes, aprenden de lo que viven.

El niño, niña y adolescente aprende lo que vive.

- Si vive con tolerancia aprende a ser paciente
- Si vive criticado aprende a condenar
- Si vive con aprobación aprende a confiar en sí mismo
- Si vive engañado aprende a mentir
- Si vive en equidad aprende a ser justo
- Si vive con vergüenza aprende a sentirse culpable
- Si vive con seguridad aprende a tener fe en sí mismo
- Si vive hostilizado aprende a pelear
- Si vive en la aceptación y la amistad aprende a encontrar el amor en el mundo.

## **ROL DEL MÉDICO FRENTE AL NIÑO MALTRATADO**

El desarrollo y la educación de los niños se pueden ver afectados por agresiones físicas y mentales con consecuencias muy serias. Estos problemas pueden ocurrir en la casa, en la calle o en la escuela e inclusive con familiares, amigos o encargados. El médico como elemento social a cargo del cuidado de la salud puede cumplir un rol fundamental en la prevención y detección de estos problemas.

El médico tiene un rol esencial en la detección e intervención temprana de estos casos. Para ejercer su rol a cabalidad, debe poseer unas destrezas básicas: sensibilidad, empatía, paciencia y habilidad para escuchar.

## **SENSIBILIDAD**

La sensibilidad es esencial para establecer una comunicación efectiva con el niño y sus padres. La mayoría de los padres que maltratan a sus hijos no quieren abusar de ellos o hacerles daño. Muchos provienen de hogares donde experimentaron maltrato, y siguen el modelo de crianza que conocen. Por otro lado, el niño quiere a sus padres; lo que no quiere es que lo maltraten. Por lo tanto, aunque el médico se sienta molesto o indignado por la situación, debe recordar que su función es ayuda.

## **LA EMPATÍA, PACIENCIA Y HABILIDAD PARA ESCUCHAR:**

Destrezas esenciales para que el niño le pueda relatar, en privado, el o los incidentes de abuso. Cuando el niño percibe que el médico tiene prisa, que no tiene interés o que no quiere escuchar el relato, no le va a relatar nada. No se debe presionar al niño para que hable ni hacer preguntas sugestivas, las preguntas deben ser sencillas y con vocabulario apropiado para su edad para que pueda entenderlas. Deben ser preguntas abiertas, para que pueda explicar en sus propias palabras. Si se demuestra empatía y se escucha con paciencia, el niño puede comenzar a narrar lo que le ha sucedido. Frecuentemente, el relato no sigue un orden cronológico; pero si el médico escucha con paciencia, después podrá aclarar las dudas.

Toda la información del niño se debe documentar en el expediente médico, entre comillas, usando las mismas palabras del niño, sin comentarios subjetivos. Es importante que al final del historial clínico, se pueda conocer qué pasó, quién fue, cuándo y dónde. Al niño se debe entrevistar por separado, si es posible, él agresor

nunca debe estar presente durante el historial. Al final, el médico debe determinar si el agresor tiene acceso al niño y representa un riesgo para su vida y bienestar.

## **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

La familia es la agrupación social más importante de los seres humanos. Se trata de una forma de organización que se basa en la consanguinidad (como la filiación entre padres e hijos) y en el establecimiento de vínculos reconocidos social y legalmente (el matrimonio). Los integrantes de una familia suelen vivir en un mismo hogar y compartir la vida cotidiana.

La violencia, por otra parte, es aquello ejecutado con fuerza o que se lleva a cabo contra la voluntad de otra persona. El comportamiento violento intenta imponer u obtener algo por la fuerza y puede ocasionar daños físicos y emocionales a la víctima

## **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Cualquier acción u omisión que causa daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graveo reiteradas, así como la violencia sexual, que se produzcan entre:

- a) Cónyuges
- b) Ex cónyuges
- c) Convivientes
- d) Ex convivientes
- e) Padres
- f) Parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad
- g) Quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales



- h) Quienes han procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia.

Esa definición es muy formal. Para poder entender mejor los mecanismos de violencia familiar preferimos una definición más social. La Organización Mundial de Salud (OMS), por ejemplo, define violencia familiar como “los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

También tenemos que considerar los miembros discapacitados como un grupo muy vulnerable para la violencia familiar.

Violencia familiar es cuando se está intimidando u obligando a un pariente o un(a) (ex)pareja y cuando esa intimidación u obligación va acompañada de violencia o una amenaza de violencia y tiene una influencia en la familia. Entonces es la combinación entre intimidación, obligación y una amenaza de violencia o perpetración de violencia efectiva que determina si podemos hablar de violencia familiar.

Violencia tiene diferentes formas, puede ser física, psicológica (afectiva), económica o sexual, puede ser activa o pasiva (ser testigo de violencia también es una forma de ser víctima de violencia). Dentro de violencia familiar distinguimos violencia de parejas, maltrato infantil, maltrato de padres, maltrato de ancianos, acoso, violencia entre niños, las privaciones y el abandono de niños y ancianos.

### **Formas de violencia familiar**

Además de la violencia autoinfligida todas las otras formas de violencia (colectiva e interpersonal) conocen 4 diferentes formas: física, psicológica, sexual y abandono o negligencia.

### **Violencia Familiar Física**

Cualquier acto, no accidental, ocasionado a una persona por su familiar que de acuerdo a su intensidad y frecuencia la provoque daño físico o enfermedad o la coloque en situación grave de padecerla y pone en riesgo no solo la seguridad de la víctima, sino la de los otros familiares: golpes, quemaduras, agresiones con armas, bofetadas, empujones, entre otras. La mayor parte del daño puede ser visible.

Por ejemplo: Laura corrige a su hija amenazándola que va a golpearla con un cable.

### **Violencia Familiar Psicológica (Emocional)**

Se refiere al hostigamiento de forma reiterada entre los miembros de la familia a través de insultos, desprecio, críticas permanentes o exageradas o públicas, descréditos, amenazas (por ejemplo de abandono), humillaciones, silencios, culpabilizaciones, un constante bloqueo de las iniciativas de interacción (desde la evitación hasta el encierro) o cualquier otra acción que atenta o amenaza la integridad física, psicológica o emocional de la víctima, es decir, su autoestima, autoconfianza, su identidad personal, entre otras; es la capacidad de destrucción con el gesto, la palabra y el acto. Esta no deja huellas visibles inmediatas, pero sus implicaciones son más trascendentes. Es el tipo de violencia más amplia, frecuente, compleja y difícil de identificar y de recuperarse.

**Por ejemplo:** Señora Martha cuida de su nieto discapacitado, le grita y dice que no vale nada, que es un estúpido, un castigo de Dios.

### **Violencia Familiar Sexual**

Se considera violencia sexual a la imposición de actos de orden sexual por parte de un miembro de la familia contra la voluntad del otro. Este tipo de violencia se incluye entre otras: abuso, acoso, violación (marital), prostitución forzada, ofensas y

ridiculizaciones de carácter sexual, la generación de dolor intencional durante el acto sexual, y/o golpes durante el mismo; se le fuerza a practicar actos que rechaza, o se le niegan sus necesidades sexuales.

Por ejemplo: Javier obliga a su esposa de tener sexo con él, cada vez que él tiene ganas.

### **Abandono y negligencia (descuido psicológico, cognitivo, físico)**

Las necesidades físicas y psicológicas básicas del menor u otro miembro de la familia (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, apego, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporalmente o permanentemente por ningún familiar. Por ejemplo, los padres no dejan a sus hijos ir a la escuela, hay una falta persistente de respuestas a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por la víctima, o una falta de contacto o de expresividad emocional en las interacciones mutuas, por parte de una figura paternal o una pareja estable.

Por ejemplo: La cuñada de Señor Martínez tiene que cuidar del perro se va de viaje por un mes y deja su hija de 11 años responsable del cuidado del Señor..

### **Grados de Violencia Familiar**

En violencia familiar no solo hay diferentes formas sino también diferentes grados de severidad. La atención a violencia familiar depende mucho del grado de severidad.

Grados de violencia familiar: leve, moderada y grave.

#### **Violencia Familiar Leve**

Es cada forma de maltrato o abandono que no es una gran amenaza a la salud y el bien estar de la víctima. La conducta no es frecuente y su intensidad es mínima. La

relación entre agresor y víctima no es dominado por la violencia (aún existe confianza, apego, afecto).

Un ejemplo típico de violencia familiar leve son las respuestas inadecuadas de los padres ante los comportamientos de sus hijos, con la finalidad de corregir las conductas (berrinches, pataletas). En este tipo de “maltrato”, los padres no son conscientes del daño que producen a sus hijos porque ellos generalmente han pasado por la misma experiencia permitiendo que este acto se repita en su familia. Los padres quieren corregir a sus hijos pero por desconocimiento no lo hacen de una manera adecuada. La manera de crianza de uno o ambos padres muchas veces viene de un modelo cultural. Tenemos que dar alternativas a los padres en estas circunstancias siempre involucrando la red social de la familia, prestando el apoyo y asesoramientos necesarios.

Por ejemplo: utilizar el chicote para amenazar un familiar o golpear con chicote sin que deja marcas.

### **Violencia Familiar Moderada**

Cuando la violencia familiar, por su intensidad o frecuencia, ha provocado daños en la víctima, sea física (heridas, lesiones) y/o psicosocial (conducta, rendimiento escolar, relaciones sociales) o hay una gran posibilidad que la violencia irá a causar daño en su futuro desarrollo (riesgo constante por la víctima).

Puede ser que por ahora existe un soporte emocional en la familia, en el centro educativo o en otro ambiente significativo pero la situación puede agravarse / pasar al nivel siguiente cuando no hay más apoyo o soporte. Cuando la violencia familiar leve continua mismo después intervención en la familia (evaluación después de un tiempo definido en el plan de intervención) se vuelve en violencia moderada.

Un ejemplo de violencia familiar moderada es golpear con chicote que si deja heridas / marcas en el cuerpo.

Violencia familiar moderada requiere una intervención o un tratamiento multidisciplinar – atención psicológica, tutoría familiar, coordinación con el área de salud y de educación – para salvaguardar la integridad de la víctima dentro de su núcleo familiar. Cuando después del tiempo definido en el plan de intervención (por lo cual el equipo multidisciplinario sea responsable) no vemos un mejoramiento o colaboración de la familia, consideramos la situación como violencia familiar grave.

### **Violencia Familiar Grave**

Se considera cuando hay cualquier forma de violencia sexual, cuando la integridad física o emocional de la víctima o un familiar está en riesgo o cuando la violencia provocó alguna enfermedad o discapacidad. La frecuencia y la intensidad de la violencia son muy altas. Se necesita medidas protectora por parte de la Fiscalía de Familia y un acompañamiento especializado.

ejemplo golpear con chicote en la cara de un familiar que causa la perdida permanente de la vista.

En general podemos decir que violencia familiar tiene una gran influencia en la salud mental (depresión, síndrome de estrés post-traumático, abuso de alcohol, intento de suicidio, ansiedad,...), físico (por ejemplo: discapacidad, enfermedades), social (por ejemplo: problemas laborales) y espiritual de las víctimas, en el bien estar familiar y de la sociedad. En casos de violencia sexual también en la salud sexual y reproductiva se afecta.

Violencia familiar no solo tiene consecuencias en la vida personal y familiar de los agresores y victimassino también tiene repercusiones en la incorporación de las

víctimas en el desarrollo social, económico y político, así que tiene un alto costo social y puede formar una barrera para el desarrollo socioeconómico (OPS, 2003).

La OMS (2002) anota las siguientes consecuencias del maltrato infantil sobre la salud:

### **Acción frente a Violencia Familiar**

La acción frente a violencia familiar consideramos prevención, detección, atención y seguimiento. En cada tipo de acción es importante tomar en cuenta que cada familia tiene su propia cultura, donde hay diferentes aspectos culturales, sociales, comunitarios, individuales que interactúan de una manera única. La violencia familiar surge dentro de esa cultura y empieza a formar parte de la cultura familiar. Nuestra acción frente a la violencia familiar tiene que ser acorde a la propia cultura de la familia. Otro aspecto muy importante es que tenemos que evitar una actitud de juzgar o condenar las familias violentas. Es necesario de trabajar junto con la familia para mejorar la situación familiar o prevenir más violencia. Si dentro de nuestra prevención utilizamos el mensaje “No a la violencia”, las familias con problemas de violencia rehúyen, logrando a que no se acerquen a consultar sus dificultades o preocupaciones. La actitud abierta, la disponibilidad y el respeto es muy importante en la acción frente a violencia familiar.

### **DISFUNCIÓN FAMILIAR**

Todas las familias tienen cierto grado de disfuncionalidad, que a largo plazo deteriora las capacidades e interacción social de sus integrantes. “Una familia disfuncional genera personas disfuncionales”.

Hasta la década de los noventa, el término "familia disfuncional" se empleó para referirse a núcleos sociales con notables problemas de violencia y falta de comunicación; sin embargo, en los últimos años ese concepto ha cambiado

radicalmente, al grado de que los psicólogos afirman que toda familia tiene cierto grado de disfuncionalidad, que a largo plazo deteriora las capacidades e interacción social de sus integrantes.

“Una familia disfuncional con el tiempo genera personas disfuncionales, quienes van a trabajar, acuden a la escuela y se relacionan como pueden con los demás,” explica la terapeuta familiar Cecilia Quintero Vásquez. “Los efectos negativos no sólo se observan en los hijos, sean niños o adolescentes, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones.”

### **Cuando la familia impide crecer**

El concepto de "familia disfuncional" es ya de uso común y, al menos de forma aproximada, mucha gente lo entiende. Su origen se encuentra en el área de la psicología y en un principio sirvió para designar a aquellas células de la sociedad con situaciones conflictivas que iban en detrimento del buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, sobre todo de adolescentes y niños

A partir de esa idea se han explicado muchos fenómenos sociales: alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o delincuencia, de modo que un juicio superficial podría señalar a este tipo de familias como el origen y única responsable de los males comunitarios, pero no es así

Cecilia Quintero Vásquez, terapeuta familiar. Indica “La palabra disfuncional nos dice que la familia ‘no funciona’; es decir, que no cumple las labores que le atribuye la sociedad, Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven. Por otra parte, los pacientes suelen decirnos que ‘tienen problemas y discuten, como todo el mundo’, y con esto nos recuerdan que ellos no son los únicos con dificultades.

La especialista afirma que es importante comprender que en el hogar encontramos un grupo primario; es decir, aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados, descubre quién es con base en sus características físicas y psicológicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas; pero también que la familia es un sistema que sirve como intermediario entre la sociedad y el individuo.

En este sentido, indica que “debemos poner atención en el momento en que las cualidades de este grupo afectan el crecimiento de sus integrantes, pues aunque los más vulnerables tienden a ser los hijos, porque están en formación, cuando vamos al fondo es común descubrir que una familia disfuncional afecta a todos y también puede ser una fuente de frustración para los padres”.

Por ejemplo, si el varón se restringe a su rol de proveedor de la casa, que socialmente sigue siendo una de sus principales participaciones, hará todo lo posible por obtener lo que hace falta para cubrir las necesidades de su grupo, y esto implica que la presión que sienta por su situación económica le afectará. Asimismo, cuando la madre se desempeña en una dinámica absorbente como ama de casa y/o profesionalista, dedicando todo su esfuerzo a sus seres queridos y sin obtener los resultados que espera, tiende a sentir frustración. }w

“Los adultos necesitan llevar a cabo su proyecto de vida, tener niveles de aspiración, porque de no ser así la familia puede convertirse en una fuente de obstáculos. En esto debemos poner mucha atención, cuando las necesidades ya no se están cubriendo al cien por ciento, porque todos son perjudicados, no sólo los niños,” acota Quintero Vázquez.



## **SOCIEDAD SUBDESARROLLADA**

La economía de un país poco desarrollado puede definirse como pobre; ésta puede crecer y crear riqueza y, sin embargo, dejar a grandes capas de la población sumidas en la miseria.

Los países industrializados fueron en algún momento ‘subdesarrollados’, por lo que es lógico pensar que es posible el desarrollo de estos países en el futuro. La pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación.

La pobreza absoluta es la experimentada por aquellas personas que no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos; las personas que no pueden acceder a una educación o a servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza, aunque dispongan de alimentos. La falta de oportunidades educativas que da una formación insuficiente con menos oportunidades de empleo. El objetivo de este trabajo es precisamente realizar un estudio sumario respecto de la situación económica, política y social en la cual se encuentra sumido nuestro país. Presentar los problemas sociales de una manera cruda y real, tal como son vistos por el común de los ecuatorianos.

### **Problemas sociales.**

### **Generalidades.**

La riqueza de contenido social, político, cultural, tres personajes que son el antesala para el desarrollo del pensamiento social. El avance posible de la conciencia social e incluso del desarrollo científico de la concepción del mundo tratan de captarlo y se encuentra en el proceso de su conocimiento de las realidad, del positivismo, del

bienestar del indio, el cholo, el negro, ser más país con mayor libertad, justicia y más solidaridad social.

Los problemas de la sociedad se dimensionan con más fuerza y toman más sentido desde una valoración política. La labor consiste sencillamente en puntualizar situaciones sociales y hacer planos de tratamientos, teniendo un pensamiento claro sobre la realidad social del Ecuador. La realidad que aún nos aprisiona y la forma que deseamos optar para emprender el vuelo. "Vuelo propio...."

Fisonomía general de los problemas sociales en el país.

Puedo decir en forma general que los problemas sociales se entienden como el conjunto de males que aflige a ciertos sectores de la sociedad, los remedios para ponerle término y la paz que solucione la lucha de clases entre pobres y ricos.

Esto se da por la evolución y el crecimiento de la sociedad, por lo que se dan conflictos entre quienes poco o nada tienen y aquellos que cuentan con algo o mucho más. De esta pugna de intereses y poderes surge lo que se denomina como Cuestión Social o Problema Social, en la cual existen diferencias, oposiciones, rivalidades, conflictos y choques de carácter económico, político y hasta cultural.

Se pueden numerar un sinnúmero de problemas, por muy pequeños que sean, pero problemas son, y por lo tanto afectan a toda persona, y por ende a la sociedad.

Entre los principales son : Los paupérrimos gobiernos, que por la mezquindad y ambición dan como resultado:

- ✓ El desempleo.
- ✓ Maltrato intrafamiliar
- ✓ La delincuencia.
- ✓ La Prostitución.
- ✓ Las violaciones.
- ✓ Los asaltos.

- ✓ Los asesinatos.
- ✓ El alcoholismo; y,
- ✓ La pobreza.

Todos estos problemas se dan por la manera desigual de distribuir la riqueza; si llegara un poquito de esta riqueza a todos los rincones de la patria (País), tendríamos una mejor manera de vida.

Se puede solucionar, si todos los gobierno, todos los partidos políticos y todo aquél opositor, y por supuesto, todo el pueblo en general, nos uniéramos, pero de corazón, para dar soluciones y colaborar para el progreso y el buen desarrollo del país.

Si todos tuviéramos un trabajo, ¡que lindo sería mi Ecuador! (y el mundo entero), pero lamentablemente no lo hay, la falta de trabajo y la desesperación dan como resultado: La delincuencia, porque de algo se tiene que vivir; y más aún, a veces se tiene que vender lo poco que se tiene para emigrar a otros lugares en donde se va a ganar un poco más, pero ¿a cambio de qué?, de sacrificios, por dejar su familia, de ser maltratados, y de soportar humillaciones de personas que no piensan y sienten la discriminación de diferencias de razas y de lengua, como es el racismo y el machismo que se extendió a todo el mundo, en donde no consentían que las mujeres salgan a educarse y posteriormente a trabajar ya puesto que se creía que solo los hombres debían trabajar y la mujer estar sometido a su esposo.

### **Tipos de problemas sociales.**

#### **Delincuencia.**

La delincuencia en nuestro medio y en estos tiempos, requiere de un estudio muy profundo y sistematizado, ya que son muchos los problemas que agravan los aspectos patológicos infantiles, seguido de factores psicológicos que con mucha frecuencia son

descuidados por nuestra sociedad, y poco nos importa la mente de un niño, porque es ahí donde se comienza a resquebrajar este miembro de la sociedad, sin ni siquiera darle la oportunidad de llegar a ser miembro eficaz y productivo, que contribuya a la tarea común.

### **Generalidades.**

Existe una serie de causas que los llevan a flaquear para convertirse en lo que la sociedad no quiere, pero lamentablemente un "país pobre" como el nuestro tiene que amoldarse a las circunstancias que dicte el medio, muchas veces las experiencias extranjeras fracasan, ¿por qué? Porque no se las estudian, no se las analizan, sino que se las aplican directamente, sin tomar las medidas necesarias.

### **Causas de la delincuencia.**

Para llegar al punto culminante de la "delincuencia" existen una serie de causas y factores que influyen en un determinado ser humano para delinquir estas . Estas causas se dan cuando los niños han sido separados del medio familiar durante su infancia, no han tenido hogares estables, ellos, perdiendo el punto de equilibrio entre la realidad y el placer, por lo que caerán en actividades delictivas o perversas, son hijos de padres delincuentes, y sus preceptos morales y formación son antisociales; éstas se manifiestan a los seis o siete años de edad; además, el maltrato físico, lo que hace que ellos huyan de sus hogares e emigren a las calles; donde la calle es la escuela de toda clase de cosas malas, de aprendizaje rápido para ellos, porque de una u otra forma tienen que aprender a defenderse de todos los peligros que se les presenten en el camino.

## **2.5 HIPÓTESIS**

Las lesiones físicas se relacionan con el maltrato infantil en el servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato.

## **2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

### **2.6.1 Variable Dependiente**

Lesiones físicas

### **2.6.2 Variable Independiente**

Síndrome del Niño Maltratado

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 ENFOQUE**

La presente investigación tiene un enfoque predominantemente cualitativo ya que se enfoca en las lesiones físicas relacionadas con el maltrato infantil con ayuda del enfoque cuantitativo por que se detalla el número de niños existentes que son víctimas de maltrato infantil mediante un análisis porcentual de los datos recolectados.

#### **3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.2.1 De Campo**

La investigación es de campo porque el estudio sistemático de los hechos se realizo en el Hospital Provincial Docente Ambato ubicada en la Av. Pasteur y Unidad Nacional de la ciudad de Ambato donde se interactúa con los padres de familia o cuidadores y su entorno palpando el problema directamente.

##### **3.2.2 Bibliográfica – Documental**

Esta investigación es bibliográfica- documental ya que utilizó para la recopilación de información bases documentales registradas en libros, revistas, artículos de medicina, webgrafía, relacionados con lesiones físicas por maltrato infantil.

### **3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.3.1 Descriptivo**

La presente investigación es de interés social porque estudia los hechos de la forma como se producen en la realidad, a nivel de las familias con inestabilidad económica

#### **3.3.2 Investigacion Exploratoria**

Su objetivo principal es determinar cuál es la principal causa de lesiones físicas y su relación con el síndrome del niño maltratado en servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato, realizando un análisis mediante la recolección de información mediante las historias clínicas de los pacientes en el lugar de los hechos.

#### **3.3.3 Asociación de variables**

En la investigación se relaciona las variables para determinar si las lesiones físicas tienen relación con el maltrato infantil y generar una solución al problema.

### **3.4 POBLACIÓN**

La población en estudio de esta investigación abarca todos los niños con lesiones físicas, que son hospitalizados en el servicio de Pediatría del HPDA .

#### **3.4.1.-Criterios de inclusión:**

Para la presente investigación se incluyeron todos los niños y niñas con lesiones físicas que requirieron hospitalización.

#### **3.4.2.-Criterios de exclusión**

Padres o personas que están al cuidado y del menor no autorizan su ingreso al HPDA.



### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1 Operacionalización de la Variable Dependiente

Tabla 1: Variable Dependiente: Lesiones físicas

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS	INSTRUMENTO
<p>Lesiones físicas</p> <p>Alteraciones del equilibrio biopsicosocial, causando un cambio en la morfología y estructura de una parte del cuerpo por mecanismos externos e internos</p>	<p>Alteraciones equilibrio biopsicosocial</p> <p>Cambio en la morfología y estructura de una parte del cuerpo.</p> <p>Mecanismos internos y externos</p>	<p>Alteraciones en el comportamiento</p> <p>Alteración en el rendimiento escolar</p> <p>Alteración en la comunicación</p> <p>Dérmicas</p> <p>Óseas</p> <p>Viscerales</p> <p>Neurológicas</p> <p>Traumatismos</p> <p>Quemaduras</p> <p>Sustancias toxicas</p> <p>Enfermedades autoinmunes y la reacciones de hiperactividad</p>	<p>¿Qué tipo de Alteraciones del equilibrio biopsicosocial se producen en el niño.?</p> <p>¿Cuáles son los cambios en la morfología y estructura que aparecen en el niño maltratado?</p> <p>¿Cuál de los mecanismos son más utilizados por los padres para maltrato?</p>	Observación	Historias clínicas



### **3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACION**

La técnica utilizada fue la observación. Los instrumentos que se utilizaron fueron los formularios para la recolección de datos diseñados por la investigadora (Anexo1) en los que se registraron los datos de las historias clínicas de los pacientes con lesiones físicas por maltrato infantil en el servicio de Pediatría del primer semestre del año 2012.

### **3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se seguirán los pasos planteados por Herrera y otros (2004: 137)

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente y otras fallas.
- Repetición de la recolección en ciertos individuos, para corregir fallas de contestación.
- Cuadro según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro de cruce de variables, etc.
- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente).
- Para el análisis de las encuestas y entrevistas se las realizara por medio de gráficos ya sean de barras o de pastel con sus respectivos porcentajes.

## CAPÍTULO IV

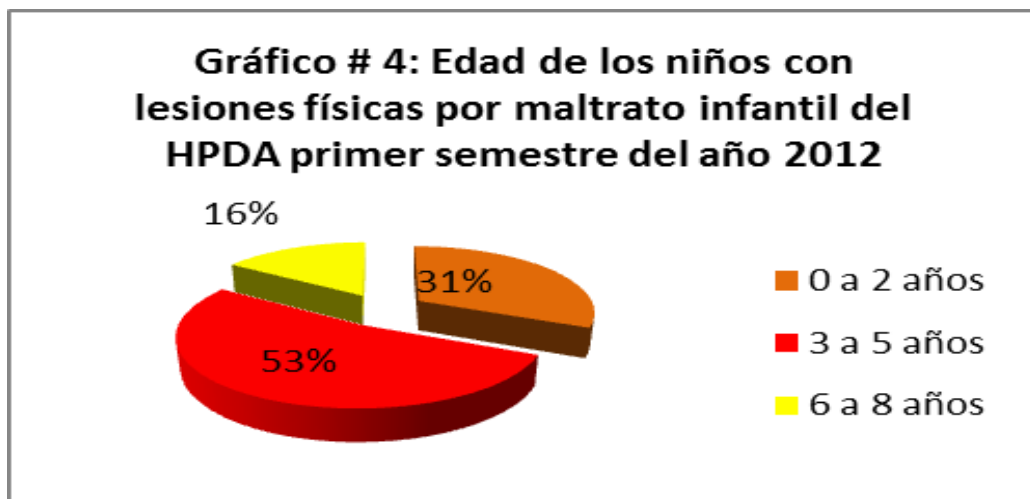
### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para el presente estudio se identificaron 45 pacientes que presentaron lesiones físicas de los cuales solo 38 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

En consecuencia este informe expone los resultados correspondientes a los niños y niñas con lesiones físicas mismos que fueron identificados a partir de las historias clínicas del HPDA.

#### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

##### 4.1.1 Edad



Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Como se puede observar en el gráfico de los 38 pacientes, la edad de la población en estudio comprende desde 0 a 08 años, se puede apreciar que el grupo de edad donde hubo mayor incidencia de lesiones físicas por maltrato infantil fue entre las edades de 3 a 5 años con un porcentaje correspondiente al 53%, seguido por el grupo de 0 a 2 años correspondiente al 31%, mientras que el grupo donde se presentó menor número de lesiones fue el grupo de 6 a 8 años con un porcentaje del 16%.

De acuerdo a estos resultados se puede apreciar que los niños mayores de 2 años y menores de 5 años son quienes presentan un mayor riesgo de lesiones físicas por maltrato infantil, en razón que es la etapa en donde necesitan un mayor cuidado.

4.1.2. Género:



Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

En cuanto al género en el presente estudio hubo predominio del género masculino con un porcentaje de 66%, mientras que el género femenino representa el 34%..

Se evidencia que hay predominio del sexo masculino, esto puede ser por que el niño es más hiperactivo y en el momento de que se integra a un grupo tiende a ser brusco con los niños peor aun con las niñas ya que son mas frágiles que los niños.

#### 4.1.3. Residencia

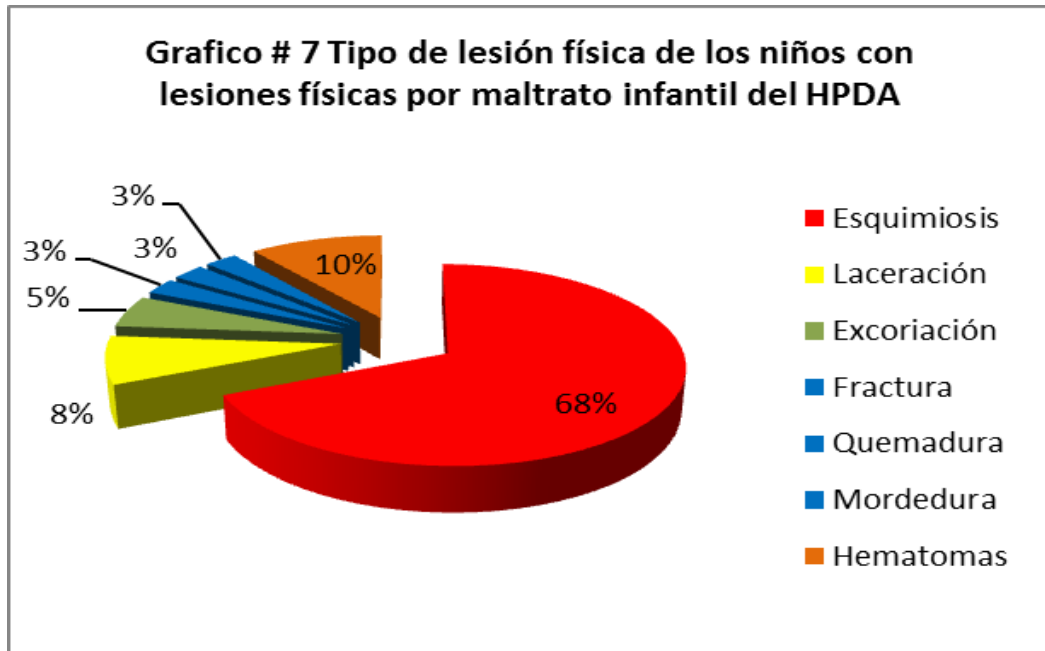


Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Según el lugar de residencia el mayor porcentaje se presenta en la zona rural de la provincia de Tungurahua con un porcentaje del 58% mientras que en la zona urbana se presentaron un porcentaje de 42%.

Este hecho puede generarse debido a que en la zona rural aún se difunde que, la manera correcta de educar a los niños es con golpes, gritos, castigos, etc, el hecho de vivir en condiciones de pobreza favorece aún más para que los niños tengan un cuidado de sus padres puesto que deben salir a buscar una fuente de trabajo.

#### 4.1.4. Tipo de Lesiones



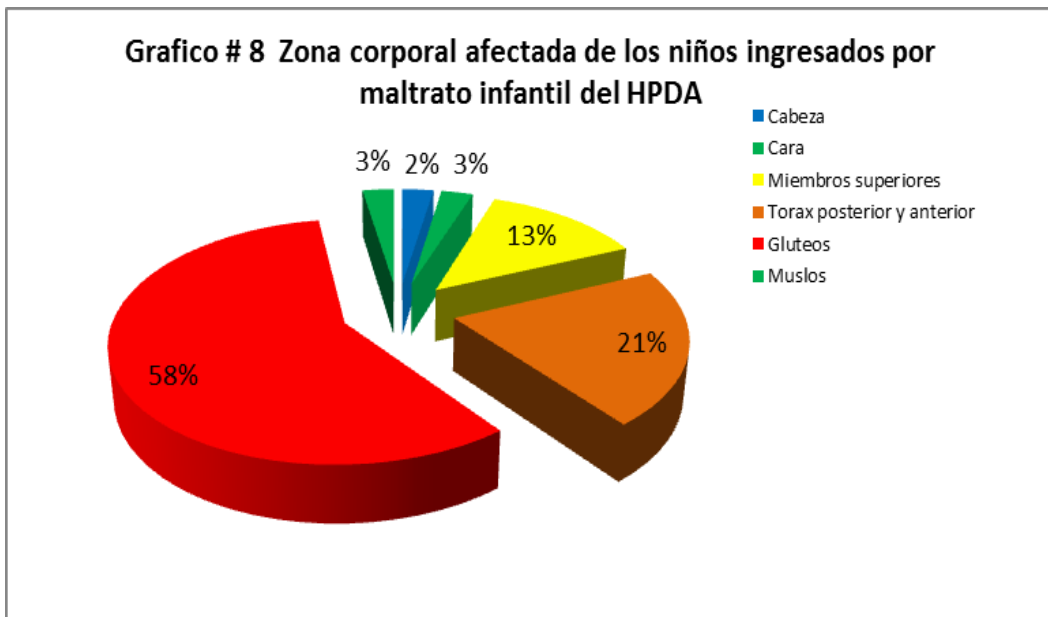
Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

En el gráfico podemos observar que el tipo de más frecuente de lesión física es Equimosis graficando un porcentaje de 68%, seguido por laceraciones con un porcentaje de 8%, a continuación con un porcentaje de 5% las excoriaciones y el 9% de Fracturas, Quemaduras y mordeduras respectivamente.

Siendo así que este hecho puede generarse debido a que, en la zona rural aún se difunde que, la manera correcta de educar a los niños es con golpes, gritos, castigos, etc, el hecho de vivir en condiciones de pobreza favorece aún más para que los niños tengan un cuidado de sus padres.



#### 4.1.5. Zona Corporal Afectada

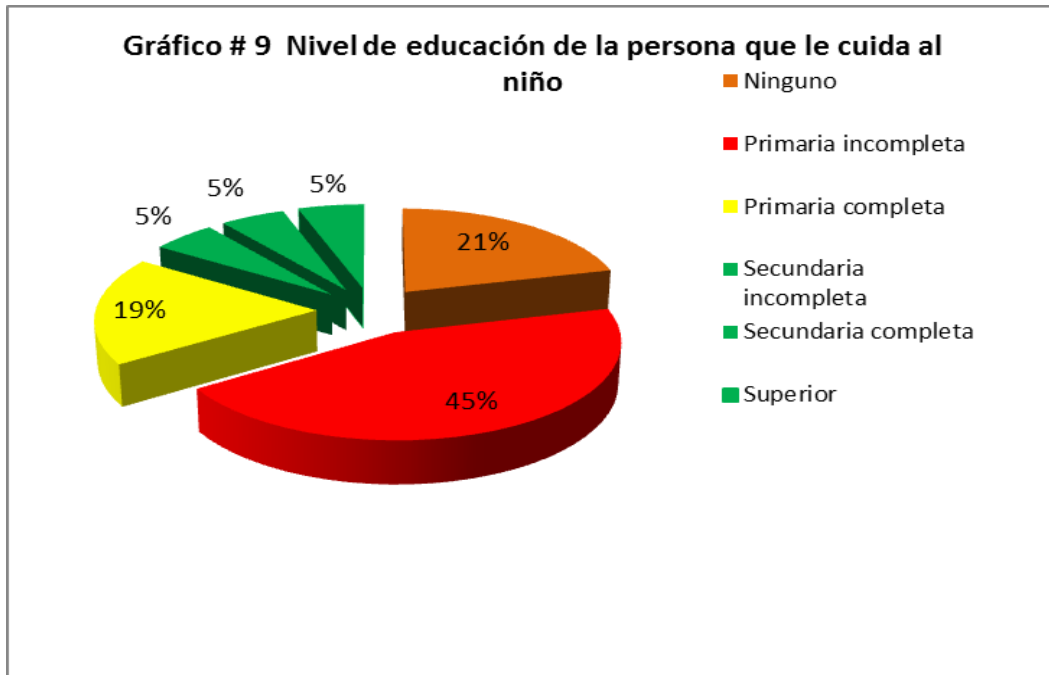


Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Se puede apreciar en el presente gráfico que previo a la verificación en las Historias Clínicas del HPDA, el 58% son en los glúteos, el 21% en el tórax posterior y anterior, el 13% en los miembros superiores, el 6% en muslos y cara respectivamente y el 2% en la cabeza.

Los niños que reciben maltratos muestran desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad; por lo que, esto puede desencadenar en que a la larga recurran a utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su malestar psicológico produciendo que al llegar la adultez ellos continúen con esta forma de comportamiento agresivo y violento frente a sus hijos en la creencia de que es algo normal.

#### 4.1.6. Instrucción

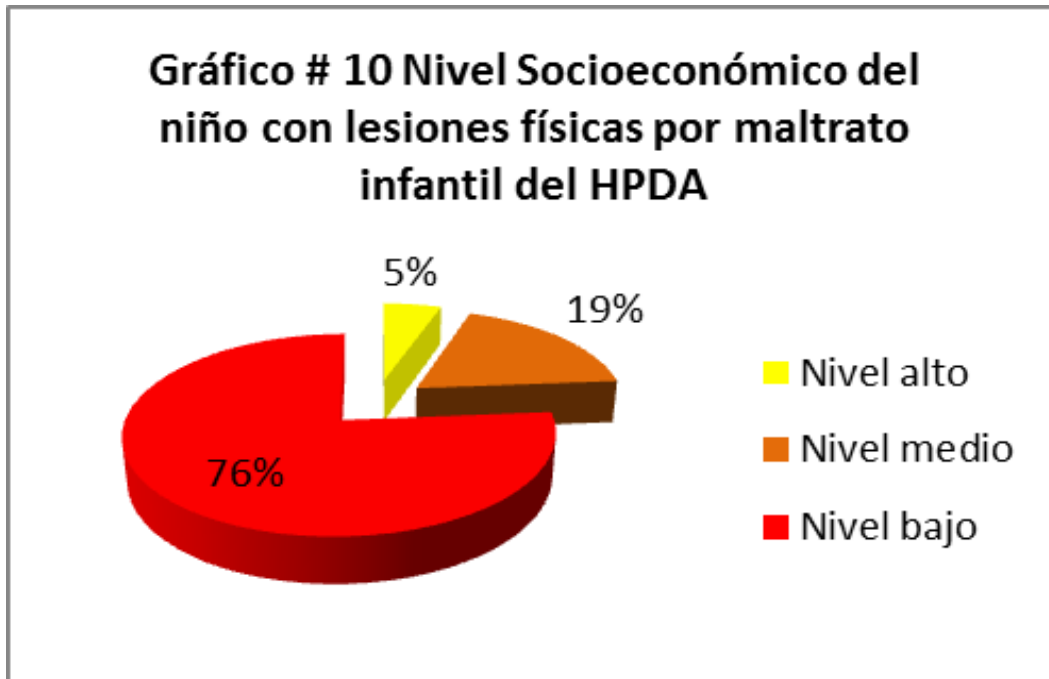


Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Se puede observar en el gráfico que, el nivel de educación de las personal que cuidan a los niños ingresados al HPDA por lesiones físicas por maltrato infantil, es de instrucción primaria incompleta con un porcentaje de 45%, quienes no tienen ninguna instrucción corresponde al 21%, seguido de los que tienen instrucción primaria completa su porcentaje es del 19%, los que tienen un título de Secundaria incompleta, Secundaria Completa y Superior corresponde al 15% respectivamente.

Siendo así que podemos decir que el nivel de educación influye en la forma de educar, deduciéndose así que a menor educación mayor riesgo maltrato infantil.

#### 4.1.7. Nivel Socioeconómico del niño

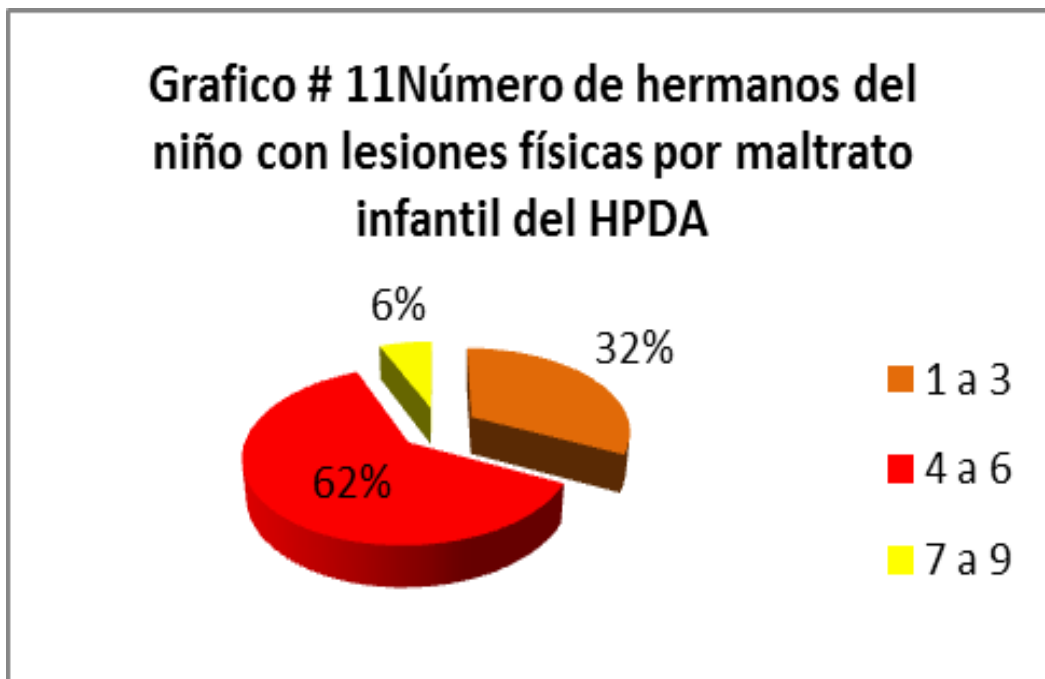


Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Se puede apreciar que el nivel socioeconómico de los niños ingresados al HPDA son de nivel bajo con un porcentaje del 76%, seguido de nivel medio con un porcentaje del 19% y de un nivel alto con un porcentaje de 5%.

Es importante recalcar que el factor económico también influye para que se produzca maltrato infantil pues se asocia a condiciones de hacinamiento y también dificulta la posibilidad de que los niños y niñas crezcan en un ambiente familiar estable y unido.

#### 4.1.8. Número de hermanos del niño.

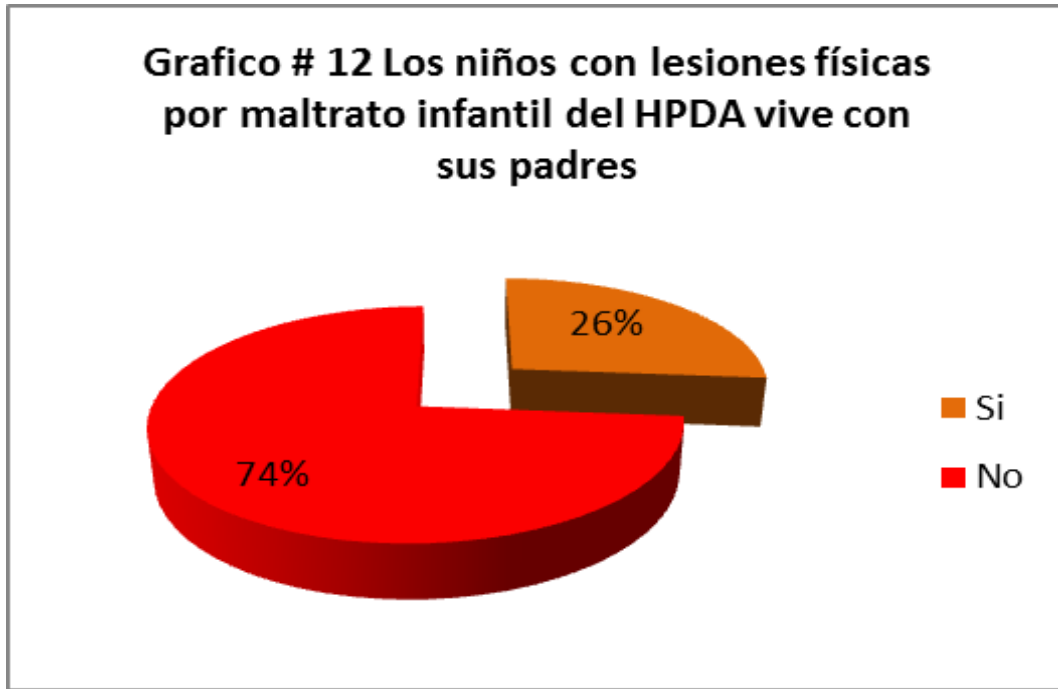


Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

En este gráfico se observa que el 62% tiene de 4 a 6 hermanos, seguido del 32% que representa que tiene de 1 a 3 hermanos y el 6% de 7 a 9 hermanos.

El no planificar en el hogar es un factor de riesgo que se debe tener en cuenta en el caso de tener un exceso de hijos, es decir que puede ser un punto importante para que los padres o quienes cuidan de los niños le agredan y causen lesiones físicas.

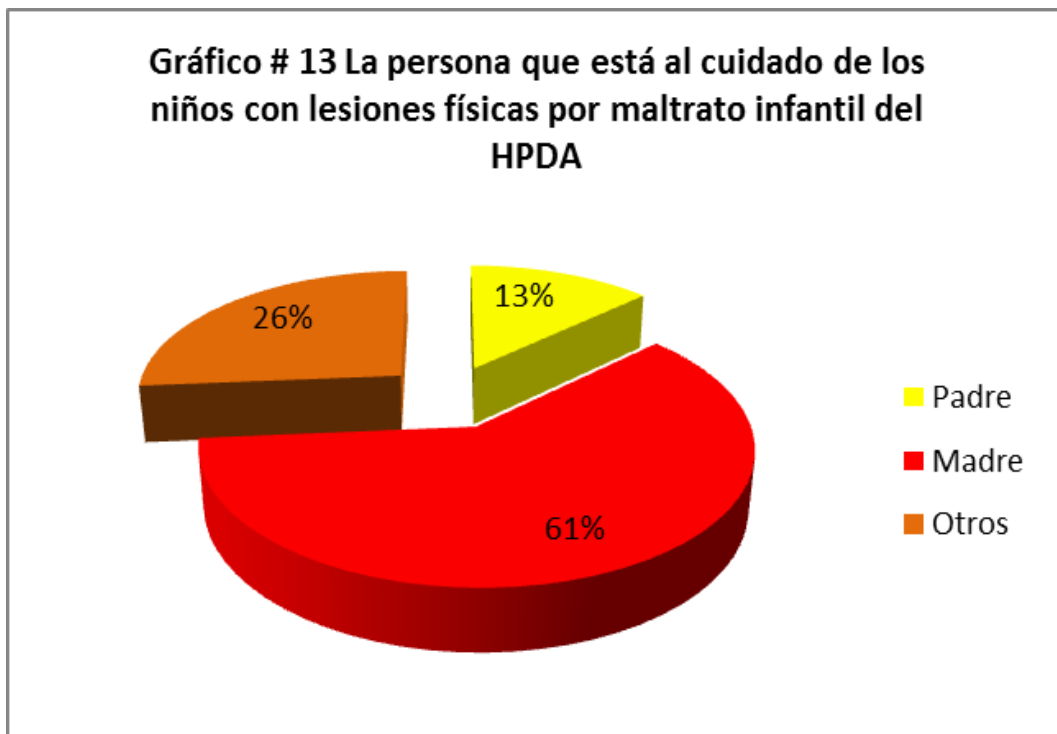
#### 4.1.9. Con quien residen



Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Se puede apreciar en el gráfico que el 74% de los niños que fueron ingresados al HPDA no viven con sus padres y tan solo el 26% si viven con sus padres, este es un factor de riesgo muy importante ya que se debe tener en cuenta que si los actores involucrados mas directamente con el cuidado y tutela del niño (docentes comunes y de escuelas especiales, personal de guarderías o jardines de infantes, personal de salud, institutos de rehabilitación para niños con discapacidades físicas, entre otros son quienes agreden causando así un maltrato infantil

4.1.10. Los niños ingresados al HPDA por lesiones físicas viven con:

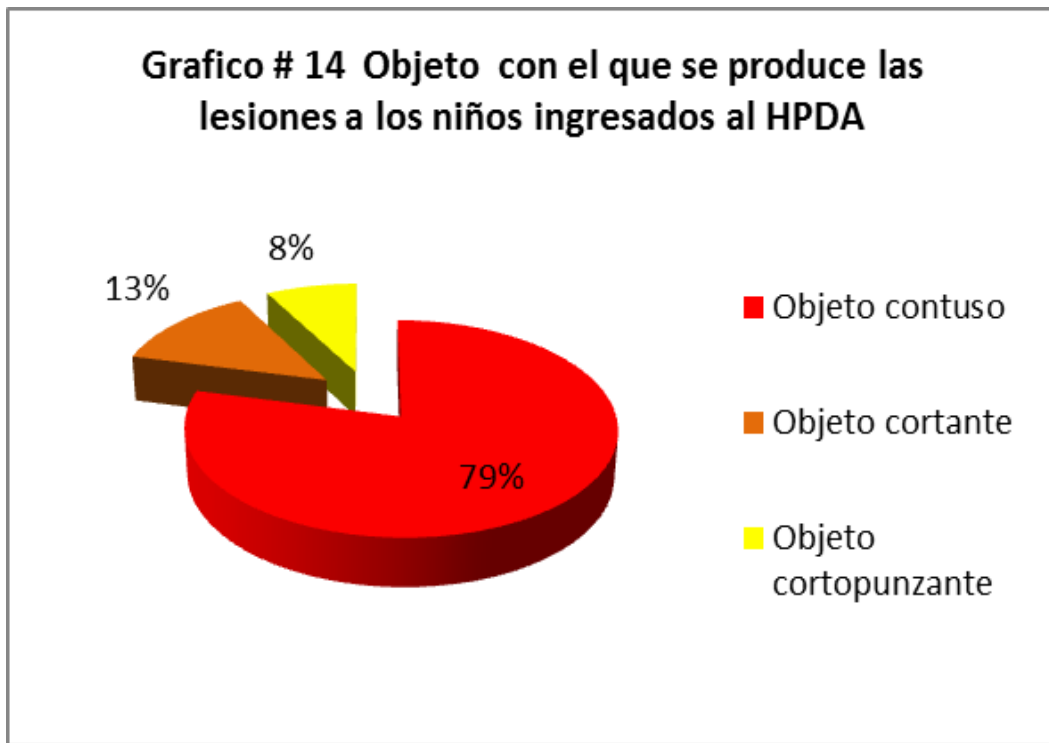


Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

Se observa en el gráfico que los niños que sufren lesiones físicas por maltrato infantil viven específicamente con la madre en un porcentaje de 63% el 26% viven con el padre y el 13% viven con abuelos, tíos, cuidadores, etc.

Es decir que Muchas veces la madre o las personas con quien vive justifican la violencia y el maltrato a sus hijos, porque se sienten dueños de ellos y con todo el poder que creen tener por el hecho de brindar el cuidado necesario, lo cual hace que ejerzan su poder y superioridad frente a ellos, los que se sienten sometidos y obedecen sus órdenes, facilitando el maltrato

#### 4.1.11. Objeto con el que se produce las lesiones a los niños



Fuente: Base de datos HPDA. Realizado por: Leticia Santamaría

En el presente gráfico se observa que los niños ingresados al HPDA fueron causados con el objeto contundente con un porcentaje del 79% con un objeto cortante el 13% y el 8% con un objeto corto punzante.

El agente causal de las lesiones físicas fue principalmente objetos contundentes, correas, cables, palos, fusta, etc, que se encuentran totalmente disponible y de fácil acceso en el hogar, referente a los objetos cortantes indica que sus padres o cuidadores en el momento de la ira no razonan, solo actúan y en esas circunstancias no observan el daño que causan al menor

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

Luego de realizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las lesiones físicas en niños y niñas están relacionadas con la edad, se presentó con mayor frecuencia en la edades comprendidas entre 3 y 5 años con 20 pacientes (52%) que corresponde a más de la mitad de los casos, en este grupo etáreo el menor no es capaz de discernir las causas de por que se le maltrata solo le interesa jugar y no medir las consecuencias, el grupo de 6 a 8 años presento la menor incidencia de lesiones físicas 6 pacientes (16%), por lo cual se puede concluir que a menor edad mayor riesgo de maltrato infantil.
2. En relación con el género de los pacientes que sufrieron lesiones físicas se pudo indagar y se apreció que el mayor predominio del género es el masculino que el femenino siendo 25 niños (65%) y 13 niñas (35%), esto puede estar asociado a que los niños son más hiperactivos y bruscos al jugar que las niñas.
3. De acuerdo a la procedencia de los niños y niñas con maltrato infantil, 22 pacientes (57%), correspondió a la zona rural, este hecho puede generarse debido a que en la zona rural aún se difunde que la manera correcta de educar a los niños es con golpes, gritos, castigos, etc, el hecho de vivir en condiciones de pobreza favorece aún más para que los niños tengan un cuidado de sus padres puesto que deben salir a buscar una fuente de trabajo.



4. El agente causal de las lesiones físicas fue principalmente objetos contusos, correas, cables, palos , fusta, etc, en un (90%), que se encuentran totalmente disponible y de fácil acceso en el hogar,10% con objetos cortantes lo que indica que sus padres o cuidadores en el momento de la ira no razonan, solo actúan y en esas circunstancias no observan el daño que causan al menor
  
5. El tipo de lesión que se presentó mayormente en este estudio fue la equimosis que corresponde al68%, localizada en mayor frecuencia en región glútea, hematomas localizados en cabeza ,cara, en un 10%, laceración localizados en tórax anterior y posterior., miembros inferiores en un 8%, escoriación en cara, tórax anterior y posterios en un 5% se presenta además una combinación entre fractura, quemadura, mordedura obteniendo un porcentaje de 9% de niños y niñas, lo cual puede hacer pensar que lesiones de gran importancia y probablemente que los familiares tomen conciencia sobre el daño que se produce en un menor.
  
6. La persona a cargo de los menores con maltrato infantil fueron principalmente sus madres alcanzando un porcentaje de 39%, los padres de familia que se encontraban al cuidado de los menores en un 8%, este hecho nos hace pensar que aunque los niños se encuentren en compañía de sus dos padres se produce maltrato infantil lo que indica que no existe una forma de corrección adecuad, también se puede decir que la necesidades económicas hace que los padres de familia salgan a trabajar delegando el cuidado de los niños y niñas a terceras personas como los abuelos, tios y hermanos 21%.
  
7. Al analizar el nivel educacional de las personas a cargo de los niños evidenciamos que 17 personas que comprende el (45%) no culminaron la primaria, 8 personas (18%) no tuvieron ningún nivel de instrucción y solamente 2 personas (5%) alcanzaron el nivel superior, este hecho refleja que el nivel

educacional influye en la forma de educar, deduciéndose así que a menor educación mayor riesgo maltrato infantil.

8. Los ingresos económicos de las familias de niños y niñas con lesiones físicas por maltrato infantil fueron bajos en 74%, medianos en 15% y altos solamente el 5%, es decir la mayor parte de familias tienen un ingreso económico entre bajo y medio, es importante recalcar que el factor económico también influye para que se produzca maltrato infantil pues se asocia a condiciones de hacinamiento y también dificulta la posibilidad de que los niños y niñas crezcan en un ambiente familiar estable y unido.
9. Luego de realizar la investigación se pudo encontrar todos los componentes que con lleva para que un niño sufra maltrato infantil, para lo cual se creó un programa educativo para prevenir y disminuir el maltrato infantil del servicio de pediatría del Hospital Provincial Docente Ambato

## **5.2. RECOMENDACIONES**

1. En los niños y niñas que ingresan con lesiones físicas, se recomienda realizar una adecuada historia clínica pues mucho de los datos principales se obtiene de la anamnesis ( Enfermedad actual) y es necesario conocer todo acerca de los factores que intervinieron en la lesión para así poder trabajar en prevención.
2. Considerando que la mayoría de lesiones físicas tuvo como posible causa, la falta de de habitar en una familia bien estructurada, con ausencia de conocimiento que la formación de un niño debe estar basada en principios y valores con lo cual se debe brindar prevención primaria y seguimiento de los casos de maltrato infantil en la zona rural sin descuidar la zona urbana.

3. Capacitar a los padres o cuidadores de los niños que ingresan al HPDA con el fin de informarlos sobre el maltrato físico, como objetivo de disminuir las secuelas que produce todo tipo de maltrato infantil.
4. Promover que el Ministerio de Salud Pública en conjunto con el HPDA, aplique el material elaborado sobre prevención de maltrato infantil para que pueda ser distribuido en los Centros de Salud e instituciones públicas y privadas de toda la ciudad.
5. Implicar a los padres o cuidadores de los niños que han sufrido maltrato infantil en proyectos de prevención, en donde ayuden con su experiencia y testimonio para crear conciencia a otras personas.
6. Que los Centros de Salud incentiven proyectos coordinados con jardines y escuelas para trabajar en prevención sobre las lesiones físicas producidas por maltrato infantil por sus padres o cuidadores.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 TITULO**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO PARA PREVENIR Y DISMINUIR EL MALTRATO INFANTIL APLICADO AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

#### **6.2 DATOS INFORMATIVOS**

- **INSTITUCIÓN EJECUTORA**

Hospital provincial Docente Ambato

- **BENEFICIARIO**

Directos: niños, niñas y la familia

Indirectos: Todo el personal de salud.

- **UBICACIÓN**

La propuesta se realizará en el HPDA Ubicado en la Av. Pasteur y Unidad Nacional.

- **TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN**

Inicio: 1 de mayo del 2012

Finalización: 30 de Julio del2012

- **EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:**

Médicos Residentes del Servicio de Pediatría del HPDA

Investigadora Leticia Santamaría

Internos rotativos de medicina

- **COSTO**

\$ 1. 000 dólares americanos.

### **6.3 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

El maltrato a los niños, niñas y adolescentes es un mal que causa daño, dolor y sufrimiento, no distingue raza, religión, nivel de educación, estatus social o situación económica.

La Investigación realizada en el Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA) en el primer semestre del año 2012, a partir de las Historias Clínicas estuvo conformada por 38 que corresponde al 84% pacientes los cuales fueron escogidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; obteniéndose varios datos:

Dentro de las características de los pacientes, la edad donde hubo mayor incidencia fue entre 3-5 años (53%), en cuanto al género hubo predominio del sexo masculino con 25 pacientes (66%), la zona rural tuvo una prevalencia del 58% (22 casos), el tipo de lesión más frecuente la equimosis un 68% (26 pacientes), las lesiones físicas fueron producidas por objetos contusos 79%

(30 casos), la zona corporal más afectada fueron los glúteos en un 58% en (22 casos).

Además de las historias clínicas se pudo adquirir información de sus familiares para obtener los siguientes datos: la persona que se encuentra al cuidado de los niños y niñas en el momento de la lesión es la madre de familia en 61% (23 casos), el nivel educacional de las personas a cargo de los niños y niñas fue principalmente primaria incompleta en un 45% (17 personas), los ingresos económicos de las familias de niñas y niños que fueron ingresos bajos en 76% (29 casos).

Las charlas científicas en torno a la prevención de lesiones físicas producidas por maltrato infantil no han sido abordadas en la gran mayoría de instituciones públicas y privadas, de la ciudad, existiendo en el mejor de los casos un conocimiento superficial sobre el tema del maltrato.

#### **6.4 JUSTIFICACIÓN**

Esta propuesta es de vital importancia, para que garantice y aporte cambios en la salud y en la sociedad pues informa y capacita a las familias y todo personal de salud para que se puedan convertir en agentes multiplicadores, y generar un efecto multiplicador “efecto cascada” en prevención sobre el maltrato infantil y sus consecuencias vitales y legales que conlleva, de estos hechos se justifica crear un plan educativo en prevención del maltrato infantil.

El **efecto cascada** se refiere a un proceso que tiene lugar en forma escalonada, de un evento inicial a una conclusión aparentemente inevitable.

El maltrato infantil es un problema social y de salud. Tanto del MSP - CCNAA – la DINAPEN, sociedades civiles e instituciones públicas y privadas, deberían

intervenir de una manera más activa realizando esfuerzos en red desde todos los ángulos con enfoques de prevención del maltrato infantil.

Además mediante este programa de educación se busca contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas.

## **6.5 OBJETIVOS**

### **6.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Implementar un Programa de Intervención Educativo para prevenir y disminuir el maltrato infantil.

### **6.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Aplicar charlas y dar a conocer sobre las lesiones producidas por maltrato infantil con el fin de que trabajo social logre identificarlos y adopten medidas preventivas.
- Capacitar con conferencias de motivación personal, maneras de brindar una formación adecuada a los niños.
- Dar a conocer los derechos y obligaciones de los niños a los padres de familia estipulada en el código de la niñez y Adolescencia.
- Ejecutar los conocimientos adquiridos en el programa educativo para una excelente formación de los niños.

## **6.6 ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD**

Es factible realizar esta propuesta de solución, ya que existe una gran apertura de las autoridades del hospital, del departamento de estadística del Hospital Provincial Docente Ambato para la recolección de datos reales de las historias clínicas, el proporcionar espacio físico. Es muy importante recalcar la colaboración de los niños y padres de familia que ingresaron al HPDA, personal de salud al Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, ya que por medio de sus departamentos de acción legal, social y Psicológico, colaboran con ayuda tanto para los agredidos como para los agresores es así que he llegado a realizar una investigación minuciosa del tema propuesto.

## **6.7. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO – TÉCNICA**

El maltrato infantil es causa de morbilidad y mortalidad en niños y niñas, que deja secuelas físicas y psicológicas, antiguamente era más considerada como una forma de educación o corrección pero en la actualidad todavía se sigue utilizando esta forma de educar a los menores, sin embargo antiguamente era un problema social y de salud no muy difundido como en la actualidad. Por lo tanto se define al maltrato infantil como un problema de salud prevenible.

Existen varios factores de riesgo para que se produzca maltrato infantil entre ellos se encuentra la edad, ya que los niños pequeños necesitan más atención por sus padres o cuidadores, el género es otro factor para que sufran maltrato infantil ya que los niños son más hiperactivos que las niñas.

La mayoría de maltrato se producen dentro de su propio hogar en especial en hogares donde existe disfunción familiar y antecedente de que uno de sus padres o cuidadores hayan sido víctimas de maltrato infantil.



El nivel socioeconómico bajo influye de una manera considerable para que se produzca maltrato infantil ya que unos de sus cuidadores o ambos han salido del país para obtener una fuente de trabajo dejando a sus hijos con tíos, abuelos. Etc.

La creación de una campaña sobre el maltrato infantil, es para sensibilizar a los padres de familia de la ciudad de Ambato y a garantizar una adecuada prevención y un excelente desarrollo de los niños y hacer llegar a la sociedad cuatro ideas importantes.

- El maltrato infantil es un problema social, no un problema privado.
- La realidad del maltrato sigue siendo un problema visible en el Ecuador
- El maltrato infantil es una realidad difícil de mirar a los ojos.
- La sociedad debe concientizarse sobre la alta incidencia de maltrato infantil.

### **LESIONES FISICAS PRODUCIDAS POR MALTRATOINFANTIL**

Las lesiones cutaneomucosas provocadas por malos tratos pueden ser producto de:

- ✓ Golpes o lanzamientos contra objetos duros, lo que produce hematomas, equimosis, fractura ósea y rotura de tejidos
- ✓ Quemaduras
- ✓ Arrancamiento de dientes, pabellón auricular, ala y tabique nasal, cabello, uñas;
- ✓ Lesión por mordisco, en general de extremidades, pabellones auriculares;
- ✓ Heridas por arma blanca, objetos punzantes, romos cortantes y heridas por armas de fuego;
- ✓ Otras tatuajes, marcas, úlceras de decúbito o lesión del pañal por abandonado.

El tipo de lesión y su localización varían según la edad y raza, no según el sexo; la lesión cutánea más frecuente es el hematoma (39 %), seguida de desgarros y arañazos (21%, otros traumatismos cutáneos (20 %) y quemaduras (6 %).

## **LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES**

Las zonas corporales, más frecuentemente lesionadas, aunque varían con la edad y la raza, no con el sexo, son las tradicionales del castigo: glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal de brazos y piernas (antebrazos, hombros y muslos), espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Los hematomas y moretones no provocados, accidentales, suelen aparecer en zonas prominentes del organismo, que actúan de choque, tales como barbilla, codos, rodillas. Anexo. Figuras 6.1 y 6.2 se esquematizan éstas lesiones. Las lesiones cutáneas bilaterales son casi siempre provocadas; también aquellas incompatibles con el desarrollo motor del niño, por ejemplo hematomas, fractura ósea en lactantes menores de un año de edad.

### **Forma y color**

La forma de la lesión cutánea puede ser muy diversa, depende del objeto agresor de la intensidad de la fuerza productora de la lesión. La huella del objeto agresor queda impresa en la piel, a veces de manera tan precisa que pueden observarse hematomas faciales o glúteos en forma de dedos de mano adulta con visualizado de los pliegues interfalángicos, hematomas en espalda o glúteos en forma de cinturón en donde puede evidenciarse la hebilla, marcas ovales causadas por las yemas de los dedos cuando comprimen las extremidades, heridas punzantes en forma de tenedor de cocina, incisas alargadas producidas por azotes con cable eléctrico. El objeto agresor puede ser la mano o cualquier utensilio fácilmente accesible. Se ha esquematizado las marcas cutáneas causadas por utensilios domésticos. Las marcas por mordeduras pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo, por la huella conocer el tamaño de la arcada dental; cuando la distancia entre ambos caninos es mayor de 3 cm es improbable que corresponda a la de un niño.

El color de las lesiones de la piel es dependiente de su antigüedad y de la profundidad del tejido lesionado. Cuando es profunda, la variación del color de la piel puede tardar horas o días, lo que dificulta el reconocimiento.

En general, las lesiones cutáneas provocadas son visibles inmediatamente después de producirse. El proceso de reducción y eliminación fisiológico de la hemoglobina extravasada explica los cambios de coloración que aparecen con la evolución. Inmediata a la lesión, la coloración es oscura, roja (equimosis), oscura morada o azulada (hematoma); verdosa (una semana más tarde), amarilla desapareciendo entre la 2 y la 4 semana de la agresión.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa casi exclusivamente en la historia clínica y exploración física. La historia clínica debe obtener:

- ✓ Los antecedentes del lesionado, alimentación, inmunización, enfermedades previas, al objeto de detectar negligencias en el control médico
- ✓ Valoración de la credibilidad de la historia, especialmente si la lesión puede corresponder al desarrollo motor del niño o no y si existe discordancia entre la historia y la exploración física.
- ✓ Obtención de historias diferentes a distintos miembros de la familia, o relato de versiones distintas cuando es interrogado por diferentes facultativos.
- ✓ Antecedentes familiares de enfermedades físicas, psíquicas o drogodependencias

- ✓ Evaluación del riesgo de repetición de las lesiones y riesgo de muerte del menor, al objeto de aplicar las medidas protectoras tales como hospitalización, apoyo y protección familiar.

La exploración física debe ser minuciosa para detectar pequeños signos de maltrato. Se realizará una exploración por órganos, que incluya cabeza (cefalohematoma, alopecia traumática), ojos (hemorragia de esclerótica), nariz (desviación tabique nasal), pabellón auricular (hematomas, desgarros), oído medio y externo (hemotímpano), labios, boca y dientes (arrancamiento dental), cara (hematoma en mejillas, arco orbitario), cuello, hombros, tórax anterior y posterior (palpación costal), abdomen, glúteos, genitales, extremidades inferiores y superiores.

Además la exploración debe incluir el desarrollo motor para dilucidar si la lesión puede ser compatible con el grado de desarrollo o no, lo que sugerirá lesión no accidental. Se evaluará también el estado nutricional, la existencia o no de signos sugerentes de negligencia en el cuidado (heridas abandonadas, dermatitis intensa del pañal, parasitosis, suciedad, etc), malos tratos previos (cicatrices, hematomas en fase de solución, deformidad de huesos por fractura previa, etc.), o abandono emocional; observará la actitud del niño frente a sus padres o tutores (actitud de ausencia), frente a la exploración física (miedo, ausencia).

El médico debe sospechar malos tratos ante toda lesión de piel no explicada, sobre todo si el paciente es lactante o preescolar. También cuando se detectan diferentes tipos de lesiones a la vez (hematoma, quemadura, fractura ósea) o la misma lesión en diferentes estadios de evolución sobre todo si concurren factores de riesgo social, familiar o personal, facilitadoras de malos tratos.

## 6.8 MODELO OPERATIVO- METODOLOGÍA

<b>FASE DE PLANIFICACION</b>	<b>METAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Autorización para realizar la propuesta Recolectar información Elaboración de materiales	Difundir el plan educativo al 100%	Realizar trípticos Preparar presentación para charlas educativas	50 dólares	Leticia Santamaría Salazar
<b>FASE DE EJECUCION</b>	<b>METAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Capacitación al personal de salud para que sigan impartiendo charlas de manera constante  Charlas sobre causas de maltrato infantil y medidas para prevenirlo.  Entrega del tríptico donde incluye las consecuencias y los derechos de la niñez	Concientizar al personal de salud sobre la importancia de prevenir el maltrato infantil  Educar a niños y padres de familia para que sean capaces de buscar ayuda y evitar secuelas producto del maltrato infantil.  Informar a los familiares de paciente sobre cómo prevenir el maltrato infantil y que se conviertan en agentes multiplicadores para otras personas.	Realizar charlas y conferencias	Computadora e Infocus: 200.00  Tiza líquida 5.00  Carteles 25.00	Leticia Santamaría Salazar
<b>FASE DE EVALUACION</b>	<b>METAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Evaluar cumplimiento y resultados de la propuesta. Realizar seguimiento por trabajo social	Vigilar si se sigue impartiendo charlas educativas para prevención del maltrato infantil Valorar si ha disminuido el número de niños y niñas ingresados con lesiones por maltrato infantil	Reunión del equipo médico para evaluación  Recepción de sugerencias	40 dólares	Leticia Santamaría Salazar

## 6.9 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

El desarrollo de la presente propuesta estará administrada por la investigadora Leticia Santamaría, quien será responsable de la elaboración, planificación, ejecución y difusión del programa, como disminuir el maltrato infantil, con la colaboración del HPDA, CCNNA, para concientizar a los padres de familia y brindar capacitación con el fin de disminuir los diferentes tipos de maltrato infantil proporcionar a los niños y niñas un entorno seguro y un buen desarrollo infantil.

## 6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
1.- ¿Qué evaluar?	Las cifras de niños y niñas que ingresan con lesiones físicas
2.- ¿Por qué evaluar?	Porque se ha determinado que las lesiones por maltrato en la población pediátrica se puede prevenir
3.- ¿Para qué evaluar?	Para disminuir la incidencia de lesiones por maltrato en niños y niñas, evitando así la morbilidad y secuelas por esta causa
4.- ¿Con qué criterio?	Para corregir errores
5.- ¿Indicadores?	Cualitativos: Aceptación de la propuesta y colaboración del personal de Pediatría Cuantitativos: Disminuir niños y niñas con lesiones por maltrato
6.- ¿Quién evalúa?	Leticia Santamaría
7.- ¿Cuándo evaluar?	Al cabo de 6 meses después de realizar la propuesta
8.- ¿Cómo evaluar?	Mediante recolección de datos a partir de las historias clínicas.
9.- ¿Con qué evaluar?	Con tablas estadísticas de comparación

## BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, Nestor. Maltrato infantil - un reto para el próximo milenio. Científico-Técnica.1998. 166 páginas
- BOROBIÁ, César, Valoración del daño corporal: Legislación, metodología y prueba pericial médica. España, Masson,2006.312p.544p.
- DIO BLEICHMAN, Emilce,. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos..Canada, Paidós Ibérica , 2005.120p.
- FERNÁNDEZ, Gladys. Síndrome del maltrato infantil. 3 ra.ed. Cuba-Habana. 2004.188-189p.
- FLORES, Juan. Niños maltratados. 2 re.ed. España - Madrid. Espasa-Calpe.2007. 302-306 año Publicación
- HOEKELMAN, Robert, FRIENDMAN B. y STANFORDY, NELSON,. , fecha de Atención primaria en pediatría. 4 ta. Harcourt/Brace. 1998. 657p.
- FARAONE, Alicia y MIRO, Jhon. Maltrato infantil.2da.ed. Montevideo-Uruguay Trilce.208.117p.

## LINKOGRAFÍA

- AGUSTÍN, Domingo . Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro De Casos. Coordinador. Grupo de Trabajo sobre maltrato Infantil y Observatorio de la Infancia, Valencia, Madrid octubre de 2001 disponible: [www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/.../HojasDeteccion.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/.../HojasDeteccion.pdf)
- AVERBUJ, Gerardo . Maltrato infantil orientaciones para actuar desde la escuela. 1ra ed. Buenos Aires. Ministerio de Educación de la Nación, 2010. Disponible en [www.niniosur.com/pdf/Maltrato%20infantil.pdf](http://www.niniosur.com/pdf/Maltrato%20infantil.pdf)
- DÁVALOS, Pedro. Maltrato infanti.[revista en Internet].Madrid. Rev. Española Scielo Cirugía plástica. 2009 Sep. [citado 2011 Sep. 6]. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037678922009000300009&script=sciarttext>
- LÓPEZ Sánchez, L. Publicaciones para la protección de la infancia y la adolescencia Guía para padres y educadores. 6ta.ed. Salamanca, Amarú.2008, disponible en : <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=31&pp=>
- PEREZ Gómez Eva. Centro de Asistencia a Víctimas de Agresión Sexual y Prevención del Maltrato Infantil, [ en línea ]. Madrid. Alfaguara Infantil y Juvenil de Santillana. 2007. disponible en: <http://www-observatoriodelainfancia.msps.es/productos/index.html>
- SOLEDAD Larraín y BASCUÑÁN Carolina. Maltrato infantil una dolorosa realidad puertas adentro. Chile. UNICEF. 2009 disponible en: [www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(2).pdf)
- SUÁREZ, Gloria.. Maltrato a los Niños/diagnóstico;Psicología; Abuso Sexual Infantil/.5ta.ed. Habana. Academia Si-Mar.2008 disponible en : [http://wwwscielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864,2125200100011&script=sci\\_arttext](http://wwwscielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864,2125200100011&script=sci_arttext)



## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

SCIELO.org/?q=%95%09DIO%20BELCHEMAR,%20Elmice,%20Manual%20de%20psicoterapia%29de%20la%20relaci%F3n%20padres%20e%20hijos.1ra%20ed.Paidos%20Espa%Fla.2005.548p.&where=ORG

SCIELOo.org/?q=%95%09%95%09%95%09HOKELMAN,%20Robert,%20STANFORD%20Friedman%20B,%20M.%20NELSON,%20NICHOLAS%20M.,%20Atenci%F3n%20primaria%20en%20pediatria.%204ta%20ed.%201998.%20&where=ORG

SCIELO.org/?q=%20%95%09%95%09SANMART%CDN,%20Jos%E9,%20La%20violencia%20y%20sus%20claves%20en%20ni%Flos.5ta%20ed..%20ePub%20y%20r%FAstica%28sin%20solapas%29.2001.&where=ORG

SCIELO.org/?q=BOROBIA,%20c%E9%sar,%20Valoraci%F3n%20del%20daF1o%20corporal:%20Legislaci%F3n,%20metodolog%EDA%20y%20prueba%20pericial%20m%E9dica.Masson,%20S.A.2006&where=ORG

SCIELO.org/?q=%95%09FERN%CIINDEZ%20Gladys%20%20%282004%29.S%EDndrome%20del%20maltrato%20infantil,%20Rev.%20Cubana.3ra%20ed.%202004.&where=ORG

SCIELO.org/?q=%95%09%95%09JIMENEZ%20PANDO,J.%20PEREZ%20%96ARJONA,E%20DUJOCNY,%20M,:D%CDAZ,%20F.G%20Secuelas%20Neurologicas%20del%20maltrato%20infantil:%20Revisi%F3n%20Bibliogr%EF1fica/Neurological%20Sequels%20of%20Child%20Abuse:%20Literature%20review,%20Scielo%20Espa%Fla.&where=ORG



**ANEXO # 2 FOTOGRAFÍA DE MALTRATO INFANTIL**



### ANEXO # 3 VIOLENCIA FAMILIAR





**Hospital Docente Ambato**



Ubicado: Av Pasteur y Unidad Nacional  
Teléfonos: Trabajo Social: 2821058

AUTORA: Leticia Santamaría



## QUE ES EL MALTRATO INFANTIL

Se denomina **maltrato** a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el

trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico.

## TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.

- ✓ Abuso físico,
- ✓ Abuso sexual
- ✓ Maltrato psicológico
- ✓ Abandono físico
- ✓ Negligencia



## CAUSAS DEL MALTRATO INFANTIL

No se pueden establecer causas específicas, pero existen factores que permiten que esto suceda:

- Hogares disfuncionales

- Cultura de castigo
- Padres maltratados en la infancia
- Hijos no deseados
- Hijos con capacidades especiales
- Alcoholismo
- Drogadicción

## CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

Cuando una persona ha sido maltratada durante la infancia, en el desarrollo de su vida adulta persisten las como tales



- Baja autoestima.
- Acciones violentas o destructivas.
- Alcoholismo y drogadicción
- Matrimonios conflictivos.
- Problemas en la crianza de sus hijos.
- Pensamientos de suicidio.
- Depresión.
- Ansiedad etc.



## SANCIÓN DE ACUERDO AL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Art. 79.- Medidas de protección para los casos previstos,, las autoridades administrativas y judiciales competentes ordenarán una o más de las siguientes medidas:

1. Allanamiento del lugar donde se encuentre el niño, niña para su inmediata recuperación.
2. Custodia familiar o acogimiento institucional;
3. introduccion del niño o niña y su familia en un programa de protección.
4. Dar una boleta de auxilio a favor del niño, niña, en contra del agresor.
5. Introducción en un programa de atención especializada al agresor.
6. Prohibición al agresor de acercarse a la víctima.
7. Prohibición al agresor de decir amenazas, contra la víctima.

## REFLEXIÓN

“Una casa está hecha de roca y madera, un hogar...de amor y entrega”.

Nunca llegues a pensar que cuando lo maltratas, le estás enseñando valores.

No demuestres nunca a golpes, lo que tus palabras no saben decir.