



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 17 de diciembre de 2015

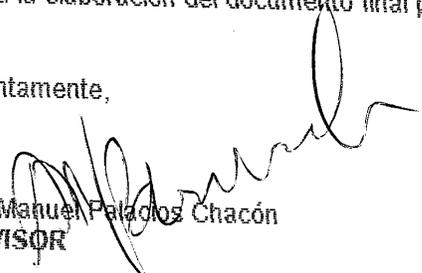
Doctor
Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS
Ciudad.-

Informen el día martes
23/12/15

De mis consideraciones:

Revisada la Tesis titulada "CONSECUENCIAS MÉDICO LEGALES VINCULADOS AL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS (5 - 15 AÑOS). HOSPITAL FRANCISCO YCAZA BUSTAMANTE. 2000 - 2010" de la Dra. *Kira Sánchez Piedrahita* para optar por el grado de Magister en Medicina Forense habiendo cumplido con los cambios sugeridos, informo a usted que al cumplir con los requisitos para la aprobación, está considerado como válido para la elaboración del documento final previo a la sustentación de la misma.

Atentamente,


Dr. Manuel Palacios Chacón
REVISOR

30/12/2015
M.H.C.
Javiera



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-289086
Guayaquil - Ecuador

OFEG#247- PROY

Noviembre 06 de 2014

Doctora
Kira Sánchez Piedrahita
MAESTRÍA EN MEDICINA FORENSE
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"CONSECUENCIAS MÉDICO LEGALES VINCULADOS AL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS (5 - 15 AÑOS). HOSPITAL FRANCISCO YCAZA BUSTAMANTE. 2000-2010".

Tutor: Dra. Sandra Sangoquiza Socasi.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 29 de octubre del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del BORRADOR FINAL.
Revisor: Dr. Manuel Palacios Chacón.

Atentamente,

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado:	Daniela Ibarra R.

Guayaquil, diciembre 21 del 2015

Señor Doctor
Raúl Intriago López.
Director Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil

Cordial saludo.

Yo, Antonio Viteri Larreta Médico Pediatra, en calidad de Tutor, CERTIFICO haber tutoriado, revisado y aprobado la Tesis Concluida de Maestría en Medicina Forense de la Dra. Kira Evelyn Sánchez Piedrahita con el tema "Consecuencias médicos legales vinculados al maltrato infantil en niños (5 – 15 años). Hospital francisco Ycaza Bustamante. 2000 – 2010".

Comunico para fines pertinentes.

Atentamente,


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

Dr. Antonio Viteri Larreta
Tutor de tesis
DIRECTOR

Celular: 0992170517

Dirección: Cda. La Saiba calle 2da. Villa 21 y Av. Transformación



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL PEDIATRICO DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE

Guayaquil, 23 de diciembre de 2015

**LA COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL DEL NIÑO “DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE”**

CERTIFICA

Que la **DRA. KIRA EVELYN SÁNCHEZ PIEDRAHITA**, realizó su trabajo de investigación en esta institución para la elaboración de su TESIS de MAESTRIA con el tema “Consecuencias médico legales vinculados al maltrato infantil en niños (5-15 años). Hospital Francisco Icaza Bustamante 2000-2010”

Autorizo a la Dra. Kira Sánchez, hacer uso de esta certificación para fines relacionados con el título de maestría.

Atentamente,

Dra. Jenny De Mori Rodas, Msc
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Av. Quito y Gómez Rendón
Teléfonos: 593 (4) 597500 Ext. 3436 - 3461
docencia.hfyb@gmail.com



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

TITULO

**”CONSECUENCIAS MEDICO LEGALES VINCULADOS AL
MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS (5-15 AÑOS). HOSPITAL
FRANCISCO YCAZA BUSTAMANTE. 2000 – 2010.”**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO ACADEMICO DE MAGISTER EN MEDICINA FORENSE**

AUTOR

MD. KIRA SANCHEZ PIEDRAHITA

TUTOR

DR: ANTONIO VITERI LARRETA

AÑO

2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: CONSECUENCIAS MEDICO LEGALES VINCULADOS AL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS (5-15 AÑOS).
HOSPITAL FRANCISCO YCAZA BUSTAMANTE. 2000 – 2010.

AUTOR:
Md. Kira Sánchez Piedrahita

TUTOR:
Dr. Antonio Viteri Larreta

REVISOR:
Dr. Manuel Palacios Chacón

INSTITUCIÓN:
Universidad de Guayaquil

FACULTAD:
Ciencias Médicas – Escuela de Graduados

CARRERA:
Magister en Medicina Forense

FECHA DE PUBLICACIÓN:
2016

No. DE PÁGS:
61

ÁREAS TEMÁTICAS: Salud

PALABRAS CLAVE: Maltrato Infantil, Familias Disfuncionales

RESUMEN: Objetivo: Analizar las consecuencias médico legales del maltrato infantil en niños atendidos en el Hospital del Niño Francisco de Ycaza Bustamante. **Materiales y Métodos:** Tipo de estudio: Descriptivo, correlacional, no experimental, longitudinal retrospectivo. La población del estudio correspondió a los pacientes ingresados en el Hospital de Especialidades Francisco de Ycaza Bustamante durante el periodo de 10 años, desde enero de 2000 a diciembre de 2010, con diagnóstico de egreso de Maltrato Infantil. La fuente de información fue de tipo secundaria elaborando fichas para recolectar la información de los expedientes clínicos de los pacientes con maltrato al menor.

Resultados: Se analizaron 256 pacientes de la base de datos del Hospital Dr. Francisco de Ycaza Bustamante, de los cuales 112 pacientes cumplieron los criterios de inclusión; en el estudio se promedió la edad que fue de 10 años, la relación entre los sexos fue masculino con 63.4 %, femenino 36.6 %, la procedencia correspondió: rural 23.3%, urbana 76.7%; la etiología del maltrato físico fue de 23.21%, psicológico de 1.78%, sexual 17.8%, intoxicaciones 12.32%, negligencia 37.50%. **Conclusiones:** Se concluyó que la agresión preponderante fue la negligencia seguida del maltrato físico y sexual, que predomina en pacientes de sexo masculino cuyos principales maltratadores fueron los padres, seguido de un familiar cercano, los cuales pertenecen a hogares disfuncionales, y los casos no fueron reportados a la Dinapen en su mayoría.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

**CONTACTO CON
AUTORES:**

Teléfono: 0993758281

E-mail:
gomerar75@hotmail.com

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com

: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**

Contenido

CONSECUENCIAS MEDICO LEGALES VINCULADOS AL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS (5-15 AÑOS). HOSPITAL FRANCISCO YCAZA BUSTAMANTE. 2000 – 2010.

RESUMEN.....	10
CAPITULO I.....	12
INTRODUCCION.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	16
1. OBJETIVO GENERAL.....	16
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
HIPÓTESIS.....	16
VARIABLES.....	17
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
1. MALTRATO Y ABANDONO.....	18
2. DEFINICIÓN.- SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO.....	21
3. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL.....	22
4. ETIOLOGIA Y PATOGENIA.....	24
5. FACTORES ASOCIADOS CON MALTRATO O NEGLIGENCIA.....	25
6. PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA DEL PADRE ABUSADOR.....	27
7. DETERMINACIÓN DE LA ANTIGÜEDAD APROXIMADA DE LAS CONTUSIONES POR EL COLOR.....	28
8. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	28
9. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL.....	28

10. TRATAMIENTO.....	29
11. PREVENCIÓN.....	30
12. FACTORES DE RIESGO GENERALES	31
13. FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL GRUPO ETARIO	31
14. INFORME DE MALTRATO Y NEGLIGENCIA INFANTIL.....	32
15. REPERCUSIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS NIÑOS.....	33
16. MARCO LEGAL.....	36
CAPITULO III	43
MATERIALES Y METODOS.....	43
1. MATERIALES.....	43
2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3. RECURSOS UTILIZADOS.....	43
UNIVERSO Y MUESTRA:.....	44
1. UNIVERSO	44
2. MUESTRA	44
METODOLOGIA.....	44
1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	44
TÉCNICAS:	44
TABULACION DE LOS DATOS	45
EQUIPO DE TRABAJO:.....	45
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	45
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	45
CAPITULO IV	46
RESULTADOS	46
DISCUSIÓN.....	55

CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFIA	57
CAPITULO IV	59
ANEXOS.....	59
1. HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO.....	59
2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**CONSECUENCIAS MEDICO LEGALES VINCULADOS AL MALTRATO
INFANTIL EN NIÑOS (5-15 AÑOS). HOSPITAL FRANCISCO YCAZA
BUSTAMANTE. 2000 – 2010.
MD KIRA SANCHEZ PIEDRAHITA**

RESUMEN

La presente tesis tendrá por objeto realizar un estudio de la problemática que presenta el maltrato infantil, ya que el Ecuador como país en vías de desarrollo presenta, entre sus indicadores, altas tasas de mortalidad infantil, Nuestro interés es el de investigar en qué forma podríamos disminuir la prevalencia de maltrato infantil, Disponer de un estudio científico de las consecuencias de maltrato infantil, reconociendo los tipos de maltrato y edades más comunes, nos permitirá estructurar de mejor manera nuestras leyes, y no solo pensar en el tipo de sanciones que se podrían aplicar a los maltratadores; sino que, el objetivo principal de este estudio científico es poder aportar a la sociedad infantil que sufra de maltrato de medidas sociales y legales que protejan su integridad física y emocional, brindar información de instituciones que acogen este tipo de hogares y/o familias de cierta forma disfuncionales, pudiendo lograr que aquellos maltratadores hagan conciencia del daño que causan en estos niños y se pueda dar un giro de trescientos sesenta grados; es decir, que los golpes se conviertan en caricias, los gritos en palabras amables, y que día a día se imparta respeto, buen ejemplo, protección y amor, sin lugar a dudas de esta manera evitaremos castigar al hombre del mañana si educamos y amamos al niño de hoy. Se lo realizara en el hospital FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE de Guayaquil.

Los resultados serán tabulados estadísticamente, servirán para establecer las comisiones y recomendaciones.

Palabras Claves: - MALTRATO INFANTIL, FAMILIAS DISFUNCIONALES.

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**MEDICAL LEGAL CONSEQUENCES RELATED TO CHILD ABUSE IN
CHILDREN (5-15 YEARS). YCAZA FRANCISCO BUSTAMANTE HOSPITAL.
2000-2010. MD. KIRA SANCHEZ MD PIEDRAHITA**

SUMMARY

This thesis will aim to conduct a study of the issues presented by child abuse, since Ecuador as developing country has, among its indicators, high infant mortality rates, our interest is to investigate how we could reduce the prevalence of child abuse, to have a scientific study of the consequences of child abuse, recognizing the types of abuse and most common ages, will enable us to structure better our laws, and not just think about the type of sanctions that could applied to perpetrators; but the main goal of this research study is to contribute to society suffering from child abuse to social and legal measures to protect their physical and emotional integrity, provide information in institutions that receive this type of household and / or families of some dysfunctional way, can make those abusers make aware of the damage caused in these children and to turn around three hundred and sixty degrees; that is, it blows become caresses, screams in kind words, and everyday respect, good example, protection and love is taught, no doubt thus avoid punishing the man of tomorrow if we educate and love the child of today. He is held at the hospital FRANCISCO BUSTAMANTE Ycaza of Guayaquil. The results will be tabulated statistically, will serve to establish commissions and recommendations.

Keywords: - child abuse, dysfunctional familia

CAPITULO I

INTRODUCCION

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, y que es tan antiguo como la humanidad¹⁻². El maltrato infantil no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores psicobiosociales³⁻⁴.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas. Se les ha sacrificado para agrandar a los dioses, o para mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina⁵⁻⁶.

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores⁷⁻⁸. La Biblia recoge muchos ejemplos, y tal vez el más conocido sea la Matanza de los Inocentes, ordenada por Herodes, temiendo el nacimiento de Jesús, Rey de los Judíos⁹.

El infanticidio es uno de los actos más violentos practicados y aceptado en tiempos remotos por motivos religiosos o disciplinarios. Las tribus tamalas de Madagascar, sacrificaban al hijo nacido en día nefasto para proteger a la familia; los egipcios ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara mejor la cosecha anual; en Grecia y Roma los niños enfermos y malformados eran eliminados; mientras que en China, arrojar el cuarto hijo a las fieras constituía un método de control de la natalidad. Asociado a estas prácticas, el castigo físico ha sido usado, y aún lo es, como método educativo y disciplinario.

El Derecho Romano otorgaba al *pater famili* derechos de vida o muerte sobre sus hijos, pudiendo venderlos, matarlos, castigarlos o abandonarlos a su gusto, erigiendo la familia sobre bases de poder y fuerza. Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando aparecen por vez primera publicaciones en relación con este tema.

Ambrosie Tardieu en 1868 describió por primera vez El síndrome del niño golpeado. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños.

Henry Kempe y Silverman en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado(8), concepto este que fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos

no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado¹⁰.

Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

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

En América Latina y el Caribe hay 185 millones de personas menores de 18 años, de ellos el 50 % son niños y adolescentes. Cerca de 6 millones de niños y niñas adolescentes sufren agresiones físicas severas, y 80 000 mueren al año.

En 1946 el Dr. Kaffey “integro una serie de lesiones físicas y radiográficas de difícil explicación, que no concordaban con la historia clínica”¹¹.

En los estudios realizados Kempe y Kempe en 1985 (E.E.U.U.) indicaron que en 6 de cada 1 000 nacimientos se pueden presentar malos tratos, lo que daría un número total de 30 mil a 50 mil niños maltratados por año en aquel país. Más recientemente aún se sabe que los casos de maltrato infantil han alcanzado la cifra de 24 millones al año⁷.

Las leyes que reposan en la Constitución de la República del Ecuador en la sección quinta. niños, niñas y adolescentes, en el artículo 45, describe 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 bienestar²³.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas²⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

El maltrato infantil es uno de los problemas sociales que tiene una ocurrencia elevada entre los niños y niñas que acuden al hospital Dr. Francisco de Ycaza Bustamante, lo cual ha motivado su estudio.

Es importante además contar con estudios comparativos extranjeros que nos permitan tener mayores conocimientos acerca de este mal que ensombrece el espíritu de nuestros niños, con el propósito de ser más minuciosos, hábiles y precisos en identificar los casos y proponer medios y/o métodos que disminuyan los maltratos de los que son víctimas nuestros niños, ya que la tipología del maltrato infantil es muy amplio y se puede presentar enmascarado o confundirse con otras patologías, y que además está ligado a múltiples factores psico-bio-sociales que definen incluso la severidad del abuso y al mismo abusador.

A medida que transcurren los años se han presentado cambios conductuales en la sociedad, y con éstos las modificaciones en las leyes en el tema concerniente a la protección de la niñez y la familia, dejando cada vez más claro y acentuados los derechos de los niños y niñas, involucrando a la familia y brindando más posibilidades de evitar este problema social.

JUSTIFICACION

Se Seleccionó este tema, porque se lo considera de suma importancia debido a la frecuencia con la que acuden al “Hospital Francisco de Icaza Bustamante de Guayaquil”, muchos pacientes con maltrato infantil además para plantear este si la personalidad del individuo queda determinada, si ésta sufre de algún tipo de maltrato durante su infancia.

Siendo muy importante señalar que el niño acoge el aprendizaje en primera instancia en el seno familiar. En otras palabras si el niño es maltratado se verá reflejado en su vida adulta con secuelas probablemente irreversibles. Y que además cabe señalar que el maltrato es una violación de los derechos fundamentales de los niños. De allí que la intervención de manera precisa y oportuna la detendría.

Permitirá beneficiar a los médicos jóvenes que incursionan en la especialidad de pediatría a establecer Criterios diagnósticos tempranos, detección oportuna de casos de maltrato infantil que contando con los materiales y medios necesarios, y particularmente con el equipo de salud adecuadamente entrenados, que cuente con normas estandarizadas científicamente, tendremos la oportunidad de diagnosticar de manera inmediata y poder dar la oportunidad de vida para los niños que estén dentro de los criterios de inclusión para recibir el tratamiento oportuno e indicado.

Pretende además dejar sentadas estadísticas propias y reales de este problema social, para poder hacer conciencia de la realidad que viven los niños abusados, identificando sus particularidades y generalidades, con el propósito principal de ayudar a la niñez a través de la labor pediátrica que por vocación es escogida por los profesionales en salud de atención directa que anhelan ver niños felices.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Analizar las consecuencias médico legales del maltrato infantil en niños entre 5 y 15 años de edad atendidos en el Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante del año 2000 al 2010 y Propuesta de la formación de un Comité de maltrato infantil.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Describir el comportamiento post – traumático de los niños y niñas.
- 2.- Identificar los principales tipos de maltratos.
- 3.- Describir la presencia de factores condicionantes para la ocurrencia del delito.
- 4.- Diseño de un Comité de maltrato infantil.

HIPÓTESIS

La conformación de un comité de maltrato infantil en las diversas unidades operativas va a disminuir la prevalencia del maltrato infantil y sus consecuencias.

VARIABLES

- **Variable independiente**

Maltrato infantil

- **Variable dependiente**

Comité de maltrato infantil

- **Variable intervinientes**

Edad, Sexo, Procedencia, Etiología del maltrato, Condición clínica del paciente

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Maltrato infantil	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	<i>físicos y comporta miento</i>		
Comité de maltrato infantil	Un comité es un <u>grupo de trabajo</u> que con arreglo a las <u>leyes</u> o <u>reglas</u> de una <u>organización</u> , <u>institución</u> o <u>entidad</u> tienen establecidas determinadas competencias.			

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. MALTRATO Y ABANDONO

El abuso del niño se percibe en la actualidad como la mayor amenaza para su bienestar. La existencia de malos tratos o abandono conlleva profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, jurídicas y médicas, que ponen de manifiesto su carácter y obligado encuadre interdisciplinario e implicación de la sociedad en general.

En su concepción inicial el maltrato infantil se encontraba enmarcado en los aspectos físicos. Dicho encuadre pronto fue superado ante la definición de Salud de la OMS (estado de bienestar físico, psíquico, social y no sólo ausencia de enfermedad) y la consideración del niño como ente biopsicosocial, con lo que el maltrato infantil adquiere una nueva y amplia dimensión, tanto física, como psicológica y social.

Aunque la familia constituye el ámbito donde habitualmente se considera al niño maltratado, no debe olvidarse del contexto extrafamiliar que, igualmente, puede comportarse como maltratante, tanto en sus facetas de acción, como de omisión, ya sea en un vertiente institucional (escolar, sanitaria, jurídica, fuerzas de seguridad, servicios sociales, medios de comunicación), como en el de la explotación (laboral, sexual).

Nadie duda que los factores sociales y culturales mediatizan la magnitud y las características de los problemas humanos, entre los que el maltrato no constituye una excepción, originando fenómenos, como el que viene extendiéndose entre la población escolar de los países industrializados, el llamado *bullying*, también conocido como “violencia entre iguales”, de la etapa escolar o la nueva terminología que también ha traído el siglo XX en relación con situaciones claramente maltratantes como son los denominados “niños del tercer mundo”, niños del “cuarto mundo”, “niños soldados”, “niños de la guerra”, “niños de la calle”, “turismo sexual” y redes de pederastas y de pornografía infantil de Internet. Categorías que reflejan, todas ellas, que el problema no atañe exclusivamente a la familia, sino al conjunto de la sociedad.

Existe en la actualidad la idea de que la sociedad se ha vuelto cada vez más violenta y que en ello han contribuido factores, todos ellos debatidos, como pueden ser el alcohol, las drogas, los medios de comunicación (con especial protagonismo de la televisión), el castigo físico como forma de disciplina o los acontecimientos deportivos, simbolizándose en ellos la violencia cultural actual, así como educación deficiente, problemas no tratados de conducta antisocial, fracaso escolar y baja autoestima. Todos pueden crear adultos propensos a la violencia.

Prevenir y tratar esta situación no es tarea fácil; más bien al contrario, se requiere una gran cantidad de esfuerzo y una labor coordinada que implique a la Administración pública, a los profesionales y a la sociedad en general.

La infancia tiene unos derechos y unas necesidades que, aparte de la actuación de la familia, han de ser satisfechos por las instituciones públicas, legislando y estableciendo los servicios necesarios, como queda recogido en la Convención de los Derechos del Niño de naciones Unidas (1989), en la que el principio del “superior interés del niño”, constituye una consideración primaria en todas las acciones y decisiones que conciernen a los niños.

El maltrato infantil no es un problema reciente, ya que se ha dado desde que existe la humanidad. No obstante, es cierto que sólo hasta hace pocas décadas los profesionales y la sociedad se han preocupado del problema, llegándose a esta toma de conciencia social tras producirse cambios culturales y de sensibilidad.

Hasta el siglo IV era bastante corriente el infanticidio, señalándose en la historia matanzas espeluznantes y sacrificios de niños en diversos pueblos de la antigüedad. En la edad media corren con frecuencia tiempos de guerra y precariedad económica, en los que la infancia sufre especialmente, prodigándose en abandono de niños.

Durante los siglos XVII y XVIII, la infancia empieza a considerarse como un período específico de la vida, distinto al de los adultos y, por tanto, necesitado de atenciones especiales, apareciendo definitivamente el interés por la protección infantil en el siglo XIX.

La revolución industrial da lugar a una severa educación de los niños de la nueva clase social surgida, la burguesía, y a unas infrahumanas condiciones de vida para los niños de las clases más desfavorecidas. Ciertamente, la atención de los menores en esta época parte de una idea de beneficencia y no de un verdadero reconocimiento de derechos, lo que produce que los estados no asuman una responsabilidad directa en esta materia.

En Estados Unidos, el cambio de enfoque cultural y de sensibilidad se instaura con el llamado *Child Welfare Movement*. En 1825 la Sociedad Neoyorquina para la Reforma de los Delincuentes Juveniles funda un refugio, destinado a niños vagabundos y, sólo secundariamente, a niños abandonados y maltratados.

En 1871 se funda en Nueva York la *Society for the Prevention of Cruelty of Children* y, siguiendo su ejemplo, se crearon muchas otras asociaciones con objetivos similares, tanto en Estados Unidos, como en Europa, fundándose en Inglaterra, en 1884, la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad del Niño.

El “Síndrome del niño golpeado” tiene, por primera vez, referencia dentro de la literatura médica en el siglo X, cuando Rhazes, en una monografía sobre niños, fue el primer médico en mencionar que las fracturas de los “niños llorones”, podrían haber sido causados por golpes intencionados.

En el siglo XVII, Zauchius y Bonet describen sus hallazgos en el *post mortem* de niños apaleados. En el siglo XIX, Tardieu (1860) refiere los hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños golpeados o quemados.

El primer caso documentado fue el de una niña abusada en EE.UU., el caso de Mary Ellen, que representó un giro en el sistema de protección legal e institucional de los niños maltratados. El argumento que se presentó en el proceso judicial fue que “al menos merecía tanta protección como un perro común”. Sobre esta base, se ganaba en 1874, por primera vez, un proceso judicial, que representaría el reconocimiento oficial del maltrato infantil.

Tuvo que pasar bastante tiempo para que Caffey diera a conocer, en 1946, sus observaciones sobre la inexplicable asociación entre hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos. En 1953, su discípulo Silverman establece las causas traumáticas de las lesiones.

En 1961, Kempe organiza un simposio interdisciplinario en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría sobre el síndrome del niño golpeado, y en 1962, el *Journal of the American Medical Association* publica una descripción completa del síndrome desde el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal, así como las primeras cifras de incidencia correspondiente a los Estados Unidos.

Su denominación, “síndrome del niño golpeado”, queda acuñada en la literatura médica mundial. Desde entonces, el cuerpo de los conocimientos médicos sobre las injurias en los abusos del niño ha crecido logarítmicamente.

Como es sabido nace la primera Declaración de los Derechos del Niño o Declaración de Ginebra en 1942. Con fecha 20 de noviembre de 1989, la Asamblea general de Naciones Unidas aprueba la Convención de los Derechos del Niño. En 1977 comienza la Sociedad Internacional para la Prevención del abuso y Negligencia al niño, que cuenta con una publicación oficial, *Child Abuse Neglect*¹¹.

2. DEFINICIÓN.- SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Hay una gran cantidad de definiciones, pero entre las más completas destacan la de Kempe (1961): “El uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercida por parte de su padre o de otra persona responsable del cuidado del menor”¹².

La ley de Pensilvania (1975) dice: “niño maltratado significa un menor de 18 años de edad, que muestra evidencia de lesiones físicas o mentales, no explicadas por la historia médica como producto de un accidente”.

La definición del Centro Internacional de la Infancia dice: “cualquier acto efectuado o no realizado por individuos o por instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de éstos o de su ausencia que privan a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes o que dificultan su óptimo desarrollo constituyen por definición lo que se denomina maltrato”¹²⁻¹³.

La incidencia real del maltrato infantil sigue siendo una cifra desconocida, y sus números siguen siendo solo aproximativos, ya que se estima que solamente se detecta una pequeña proporción de ellos, entre el 10 y 20 %, que suele corresponder a los casos más graves o más evidentes. Son diferentes los estudios epidemiológicos o encuestas al respecto realizadas.

En una encuesta nacional sobre violencia doméstica realizada en Norteamérica se evidenció una tasa anual de maltrato físico severo a los hijos cercana al 2 %. Los datos de National Incidence Study 2 (NIS-2) realizado en ese mismo país en 1986 reflejan una tasa de niños

maltratados de 14.6 por mil. Las cifras a nivel europeo, según los datos aportados por National Society for the Prevention of Cruelty of Children, alcanzan los 12,5 por 1000¹⁴.

3. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL

Dado el carácter de interdisciplinaridad que conlleva el maltrato infantil, a lo que se llama ambigüedad del concepto de maltrato, hace que los esfuerzos vayan encaminados a la búsqueda de una definición operativa, válida para los diferentes profesionales. En tal sentido, es aceptable la establecida en la Guía de Maltrato Infantil de ADIME: “Cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de padres o cuidadores que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor”

Para una buena asistencia a los posibles casos de maltrato es imprescindible conocer sus diferentes tipos. Habitualmente se diferencian 5 subtipos, definiéndose otras situaciones que no pueden ubicarse estrictamente en uno de ellos. Hay que tener en cuenta que esta es una diferenciación didáctica, ya que en muchos casos aparecen en un mismo niño, de manera simultánea, diferentes tipos de maltrato.

a) Maltrato físico

Toda acción no accidental ejecutada por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

b) Abuso sexual

Cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. Se consideran aquellas situaciones en las que el menor es utilizado por sus padres o tutores, otros adultos e incluso adolescentes, para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamiento) para considerar que existe abuso sexual. Incesto, violación, vejación sexual y abuso sexual sin contacto físico forman parte de esta tipología, que será tratada en el capítulo.

c) Abandono físico o negligencia

Situación en la que las necesidades físicas básicas del menor – alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación o

cuidados de la salud – no son atendidas, temporal o permanentemente, por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

d) Maltrato emocional

Hostilidad verbal crónica infantil en forma de insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono, y constante bloqueo a iniciativas de interacción (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

e) Abandono emocional o indiferencia

La falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción y contacto por parte de una figura adulta estable.

El maltrato físico, sexual y emocional, es de tipo activo. El abandono físico y emocional pueden ser también maltratos pasivos¹¹.

f) Tipología según contextos maltratantes:

Extra familiares.

Explotación laboral
Corrupción de menores
Incapacidad de control de la conducta del menor.
Maltrato prenatal
Retraso no orgánico del desarrollo
Síndrome de Munchausen por poderes
Abandono
Maltrato institucional
Bullying
Mendicidad

Explotación laboral : los padres asignan por su propio beneficio económico y con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos impropios de niños , que pueden entorpecer su educación, o ser nocivos para su salud o desarrollo físico, mental o social.

Corrupción de menores: conductas que impiden la normal integración del niño en su ámbito social y que refuerzan pautas de conducta antisocial o desviada, sobre todo en el ámbito de la agresividad, sexualidad y drogas.

Maltrato prenatal: son aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativamente y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto. Por ejemplo, consumo de drogas o alcohol durante el embarazo.

Retraso no orgánico del desarrollo: o por privación afectiva. Es una forma de maltrato infantil por omisión, en niños que no incrementan sus parámetros de crecimiento estatóroponderal con normalidad, en ausencia de enfermedad orgánica. Su etiología es la inadecuada o falta de atención a sus necesidades físicas, psicoafectivas y/o sociales del niño, que tienen consecuencias físicas y en su desarrollo y estabilidad psicosocial.

Síndrome de Munchausen por poderes: el término síndrome de Munchausen se utiliza para definir un cuadro caracterizado por la producción inintencionada de síntomas que el paciente generalmente refiere como de inicio agudo.

El término Munchausen por poderes se utiliza en el caso de que sea los padres u otro adulto implicado en el cuidado del niño quienes producen los síntomas. Someten al niño a continuos exámenes médicos, pruebas complementarias, ingresos, etc., alegando síntomas físicos ficticios o generados de forma activa por ellos mismos.

Abandono: si los padres rechazan total o deliberadamente toda obligación parental.

Maltrato institucional: cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional (de forma activa o pasiva) que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, o que viole los derechos básicos del menor. Ejemplos son la burocracia excesiva, realizar exploraciones innecesarias o repetidas o no respetar los derechos del niño¹⁴.

Bullying: Se usa para explicar una forma concreta de malos tratos llevados a cabo dentro de un centro educativo entre el grupo de iguales. Término anglosajón que define conductas de intimidación y acoso.

Mendicidad: El menor es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o bien ejerce la mendicidad por iniciativa propia.

4. ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Las causas del maltrato son complejas y tienden a cambiar en función del tipo de maltrato, así como de otros factores del ámbito social, la familia, los progenitores y el niño.

El maltrato físico característicamente se produce cuando un progenitor pierde el control y lesiona al niño. Quizá lo más importante para entender esta conducta sean las actitudes y

los sentimientos del progenitor hacia el niño. Un padre abusivo a menudo tiene una visión muy negativa del niño, que puede convertirse en algo fijo, por lo que el que abusa no puede reconocer ninguna de las cualidades positivas del niño. Estos sentimientos negativos pueden ser de larga duración y tener su origen en el hecho de que el niño no fue deseado, o quizás tenga que ver con e inconsciente del progenitor, en el cual éste llega a odiar la parte de sí mismo que está representada en el niño. Estos sentimientos negativos a menudo conducen a una denigración constante del niño, por lo que este experimenta también abuso emocional.

Los progenitores no abusivos también pueden tener emociones negativas hacia sus niños, como irritación o rabia, que son episódicas y se asocian con mala conducta del niño. Aunque estos padres pueden infligir castigos físicos, generalmente no pierden el control y, globalmente, predominan en ellos los sentimientos y las actitudes positivos hacia sus hijos.

5. FACTORES ASOCIADOS CON MALTRATO O NEGLIGENCIA

Ambiente social	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Alto nivel de violencia • Desempleo
Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar • Familia aislada • Progenitor único • Apoyos insuficientes • Muchos niños menores de 5 años de edad
Progenitor	<ul style="list-style-type: none"> • Maltratado cuando niño • Enfermedad psiquiátrica grave • Retraso mental • Adicción a sustancias • Madre menor de 19 años al nacer el niño • Expectativas poco realistas respecto al niño
Niño	<ul style="list-style-type: none"> • No deseado • Discapacitado • Gemelo

La presencia de un único factor, o incluso de varios, puede dificultar al progenitor proporcionar la crianza apropiada para el niño, pero no necesariamente significa que se produzca una situación de maltrato. Por ejemplo, aunque hay una fuerte asociación entre

una aserie de maltrato en la infancia y abusar uno mismo del propio hijo (lo que también se conoce como “transmisión intergeneracional del maltrato”), la mayoría de los padres que sufrieron maltrato durante su infancia no abusa de sus propios hijos.

Aunque las conductas parentales abusivas a menudo están dirigidas a un niño concreto dentro de la familia, en algunas familias se ve afectado más de un niño. En las familias en las que se produce el maltrato, un acontecimiento estresante agudo puede disgustar al progenitor, lo que conduce a conductas abusivas hacia el hijo. Algunas veces estos desencadenantes son conductas normales en la infancia, como llorar, derramar un vaso de leche, o mojarse. Los padres que abandonan a sus hijos fracasan a la hora de proporcionarles los cuidados básicos necesarios para asegurar el crecimiento, el desarrollo o la seguridad del niño. Aunque los niños pueden ser lesionados a partir de un único episodio de abandono, éste es en general un problema crónico. En muchos padres negligentes, los sentimientos negativos hacia el niño dan lugar a una crianza inadecuada. En otros, aunque pueden tener sentimientos positivos significativos hacia su hijo, los padres carecen de habilidades básicas necesarias para dar el alimento necesario o la estimulación adecuada al niño, mientras que una madre deprimida puede carecer de la energía y la vigilancia, necesarios para supervisar adecuadamente al niño.

Un factor importante para tomar en cuenta es la adicción a drogas o a alcohol por parte de los padres, lo que puede tener profundas influencias negativas sobre la capacidad de los padres a la hora de cuidar a sus hijos. Por ejemplo, en las dos últimas décadas, la epidemia de crack de cocaína ha generado un incremento marcado en la incidencia de negligencia.

El abuso sexual en los niños es más difícil de comprender para la mayoría de los clínicos que los casos de maltrato físico o de abandono. Los dos requisitos previos para que se produzca esta forma de maltrato comprenden la excitación sexual con los niños, y el estar dispuesto a actuar obedeciendo a esta excitación. Los factores que contribuyen a esta disposición incluyen el abuso de alcohol o de drogas, el deficiente control de impulsos, y la creencia de que la conducta sexual es aceptable y no hace daño al niño. Los antecedentes de la persona que realiza el abuso (p. ejemplo, haber sufrido el mismo abuso sexual durante la infancia), la vulnerabilidad particular del niño (p. ejemplo, retraso en el desarrollo), y la existencia de circunstancias que permitan al autor aumentar el contacto con

El niño (p, ejemplo, una madre que está hospitalizada) contribuyen a aumentar el riesgo de que se produzca el abuso sexual¹⁵.

Cuatro puntos se consideran básicos:

- 1) Rechazo inicial a un enfoque unicausal.
- 2) Considerar que la confluencia de factores de riesgo potencia los efectos de tensiones externas, pudiendo superar la capacidad de soporte del individuo.
- 3) El abuso es reflejo de un largo proceso subyacente de graves perturbaciones en la relación paterno-filial.
- 4) Si bien existen una serie de factores de riesgos que se pueden considerar comunes, es preciso tener en cuenta situaciones generales y mantenidas por una serie de ellos, propios de determinadas tipologías.

6. PERSONALIDAD CARACTERÍSTICA DEL PADRE ABUSADOR

Pobre desarrollo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Inmadurez • Dependencia • Necesidad de afecto
Baja autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Baja/pobre autoestima • Escasa autoconfianza • Sensación de incompetencia • Hipersensibilidad • Deficiente auto identidad
Aislamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Rechazo de relaciones humanas • Falta de empatía • Falta de afecto • Desconfianza • Dificultad matrimonial
Soledad depresiva	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Sentimientos depresivos crónicos • Apatía • Tristeza, infelicidad • Temor a estar solo
Bajo control de la agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad mal controlada • Hostilidad • Agresión y hostilidad perversas • Patrón de agresión y violencia

7. DETERMINACIÓN DE LA ANTIGÜEDAD APROXIMADA DE LAS CONTUSIONES POR EL COLOR

Color	Antigüedad aproximada
Rojizo o azul púrpura	24 horas
Azul o marrón azulado	1 a 3 días
Verde matizado	5 a 7 días
Amarillo - verde	7 a 10 días
Marrón	+ 10 días

8. EXPLORACIÓN FÍSICA

En los casos de malos tratos a los niños y de negligencia debe anotarse la exploración física con todo detalle. Ya que las lesiones cutáneas pueden evolucionar rápidamente o desaparecer, debe realizarse un registro fotográfico de todas las lesiones visibles y del hábito corporal y registrarse la localización y el tamaño exacto de cada lesión. En cuanto a las contusiones, debe tomarse nota del color, el tamaño, la posición y la antigüedad. Debe buscarse con insistencia la presencia de hemorragia retiniana (fundamentalmente patognomónica de la lesión por golpes). Si se presentan señales de mordeduras, debe medirse la distancia entre las marcas de los caninos (las marcas de las mordeduras de adultos miden más de 3 cm).

También debe asegurarse una exploración exhaustiva de la cavidad bucal, de los huesos y de los genitales. Con frecuencia es difícil de determinar mediante la exploración física la presencia de un franco traumatismo abdominal; sin embargo, los datos de laboratorio y de la radiología pueden proporcionar una información esencial¹⁷.

9. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL

Las consecuencias de tipo psicológico son graves, dado que afectan a diferentes áreas de la vida presente y futura de los niños y dificultan su proceso de socialización. El abuso intrafamiliar se presenta igualmente grave, dado los factores añadidos al acto abusivo. Las

relaciones familiares se deterioran puesto que los referentes educativos de los menores renuncian a sus funciones en beneficio de su satisfacción personal y sexual.

Por tanto, los efectos en el proceso de construcción de la personalidad del menor y su proceso de socialización quedan gravemente afectados. Estudios recientes revelan que, en aproximadamente un tercio de mujeres adultas con problemas de salud mental, sufrieron de niñas abusos sexuales. Los efectos a largo plazo que más claramente aparecen asociados son la depresión, el abuso de drogas y alcohol, los problemas sexuales y la victimización sexual reiterada. Finkelhor (1986) esquematizó sus posibles consecuencias en:

A corto plazo:

- Internas: ansiedad y miedo, problemas con el sueño y pesadillas, miedo al contacto con adultos, síntomas no específicos de ansiedad con sentimientos de culpabilidad y de estigmatización (autoestima y aislamiento). Manifestaciones somáticas: pérdida de apetito, enuresis, dolor, cambios en los patrones del sueño y de la alimentación.
- Externas: agresividad, delincuencia, hiperactividad, conductas destructivas, fugas en la adolescencia. Ajuste sexual: manifestaciones de ansiedad sexual que puede expresarse en masturbación compulsiva o juegos sexuales precoces con conocimientos inusuales para la edad.

A largo plazo: Crisis de ansiedad, pesadillas y dificultades con el sueño, autoestima negativa, depresión, conducta suicida, dificultades en las relaciones sociales, problemas de ajuste individual y social (búsqueda ansiosa de cercanía, incapacidad de establecer relaciones de cercanía y confianza), desviaciones sexuales y disfunciones sexuales¹⁸.

10. TRATAMIENTO

El tratamiento de los niños físicamente maltratados debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario que englobe los aspectos médicos, sociales y legales. Están implicados en la protección infantil diferentes organismos: Comisión de Tutela del Menor, Policía Judicial de Menores, Centro de Acogida de Menores de Ayuntamientos, Servicios Sociales de la Comunidad, Ayuntamientos, Centros de Salud y Hospitales.

El papel del médico no es sólo la curación de las lesiones físicas, sino la prevención, que se realiza detectando el caso (prevención de la repetición del maltrato) y situaciones de riesgo

(gemelaridad, prematuridad, problemas sociales), al objeto de realizar, junto con otros profesionales, una prevención adecuada.

Las lesiones orgánicas deben ser tratadas juicios o actitudes del personal médico o de enfermería hacia los padres que impida la rehabilitación posterior de la familia y la incorporación del niño maltratado a su hogar.

El tratamiento de las lesiones graves, hemorragias intracraneales y lesiones abdominales debe realizarse con premura para evitar secuelas permanentes, cuando no la muerte. El cuidado de hematomas, quemaduras y fracturas óseas no difiere de las otras etiologías. La hospitalización tiene por objeto no sólo el tratamiento de las lesiones físicas, sino también la preservación del maltrato del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección y tutela del menor intervengan, garantizando la integridad del niño. Actualmente en España es posible retirar la tutela paterna transitoria o permanentemente, de manera inmediata, en las situaciones de riesgo grave de maltrato.

Se emitirá un parte de lesiones, detallado y documentado con esquemas y fotografía en color al juez de guardia, tanto al ingreso como semanalmente.

Se informará a los servicios Sociales del Centro Sanitario, de la Comunidad o del Ayuntamiento para la investigación de la situación social del niño y su familia al objeto de aportar los recursos materiales que permitan la rehabilitación de la familia y cuando no sea posible o aconsejable, asuman la tutoría y cuidado del niño¹⁹.

11. PREVENCIÓN

Siguiendo los clásicos criterios de Level y Clarck que se aplican a las biopatías y patologías pediátricas tradicionales, consideramos que la prevención primaria, anterior al daño, la secundaria con el daño en marcha y la prevención terciaria, cuando las secuelas de la violencia ya se han establecido, pueden ser aplicadas a esta grave sociópata.

12. FACTORES DE RIESGO GENERALES

Prolongada insatisfacción de necesidades básicas.
Irresponsabilidad del estado.
Déficit o incompetencia del medio comunitario, abandono forzado, prostitución.
Marginalidad, alcoholismo, drogadicción.
Estilo de vida familiar condicionante, trabajo extra domiciliario de la madre, desintegración familiar.
Inmadurez de los padres, madre adolescente.
Separación madre – hijo en el período neonatal.
Vínculo madre – padre – hijo deficitario.
Niño con discapacidad, malformaciones.

13. FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL GRUPO ETARIO

Preconcepcionales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de preparación de la pareja • Falta de educación sexual • Falta de planificación familiar
Prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo no deseado, aborto, parto prematuro. • Falta de medidas de seguridad social para la embarazada.
Perinatales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de vínculo madre-hijo inmediatamente después del parto. • Falta de estimulación y/o lactancia materna. • Falta de reconocimiento del padre. • Barreras burocráticas en la inscripción del registro civil
Lactante	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción de las necesidades básicas • Alimentación artificial.
Preescolar y escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Deserción escolar. • Mendicidad, niños de la calle y en la calle. • Trabajo de niños.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación con los padres. • Mala ocupación del tiempo libre: pandillas, drogadicción, vagancia. • Fuga del hogar. • Trabajo de adolescentes.

En el primer caso la labor preventiva también puede ser llevada a cabo en la comunidad y en el apoyo a la crianza y protección del vínculo, que debe acompañar al control del crecimiento y desarrollo del niño; en el segundo fundamentalmente en los servicios de pediatría de hospitales generales, mientras que la prevención terciaria debe realizarse en los hospitales pediátricos y en instituciones especializadas.

En todos los casos son preferibles los hogares sustitutos, debidamente supervisados, a las grandes instituciones (asilos, reformatorios, institutos, etc.).

Las acciones de rehabilitación, además de las correspondientes a la atención médica, implican la psicoterapia de los padres, la adopción, el apoyo a familias sustitutas, etcétera²⁰.

14. INFORME DE MALTRATO Y NEGLIGENCIA INFANTIL

Las lesiones por maltrato físico, enfermedades de transmisión sexual y secuelas médicas de negligencia deben tratarse de inmediato. Los niños con retardo en el crecimiento relacionado con negligencia física y emocional deben colocarse en un sitio donde puedan alimentarse y atenderse. De igual forma, debe ubicarse al niño en peligro de maltrato recurrente o de negligencia en un ambiente seguro.

En EAU, los médicos y otros profesionales que atienden niños, son “notificadores obligatorios”. Si se sospecha maltrato o negligencia debe informarse a la oficina local o estatal encargada de investigar esos asuntos. En la mayor parte de los casos será la institución de servicios de protección del niño. Los organismos encargados de aplicar la ley también debe recibir esos informes. El propósito del informe consiste en permitir que los profesionales reúnan la información necesaria para determinar si el ambiente del niño (hogar, escuela, guardería, casa hogar, etc) es seguro. Muchos hospitales y comunidades tienen equipos de protección infantil y consultores disponibles cuando existan dudas acerca del diagnóstico o tratamiento en un caso de maltrato infantil.

Excepto en casos extremos no es probable que un informe de maltrato emocional genere una respuesta de las agencias de protección al niño. Esto no debe disuadir de hacer el reporte, en especial si está involucrada violencia doméstica y otras formas de maltrato o negligencia. Los profesionales pueden estimular a los padres a participar en los programas de entrenamiento de paternidad o buscar consulta de salud mental.

El apoyo para el niño también puede incluir orientación en salud mental o actividades con compañeros de edad apropiada, ya sea en la escuela o en la comunidad²¹.

15. REPERCUSIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS NIÑOS

La violencia es una epidemia de salud pública, que afecta a las víctimas, los testigos y los propios autores. La atención pediátrica no se debe limitar a la tradicional asistencia de la lesión originada por violencia.

La exposición a la violencia interrumpe el desarrollo sano de una gran cantidad de niños y los pediatras deben estar al tanto de esta amenaza.

Los profesionales de la pediatría también tienen una amplia responsabilidad como defensores de unos niveles locales, estatales y nacionales de un ambiente más seguro en el que todos los niños pueden crecer y desarrollarse.

La violencia doméstica suele ser la fuente de la primera exposición de los niños a la violencia. Se calcula que en el 16 % de las familias, la mujer recibe una paliza ocasional, y a un 3,4 % les agrede su marido regularmente.

Un estudio dio como resultado que el 40 % de las madres describió la violencia en sus familias como una forma de “resolver desacuerdos”. La violencia familiar la ejercen con más frecuencia sujetos de 18 a 30 años. Así pues, no es ninguna sorpresa que la mayoría de los niños de estos hogares hayan sido testigos de violencia; un estudio estimó que 3 millones de niños son testigos de violencia doméstica cada año. En 62 incidentes domésticos, los niños fueron víctimas en un 15 % de ellos. La mayor parte fue herida cuando intervino para proteger a su madre de su pareja.

El hecho de ser testigo de violencia solo se reconoce en la actualidad como perjudicial para los niños. Dado que sus lesiones como espectador son emocionales y no físicas, la pediatría clínica no puede apreciar por completo su angustia y por ello pierde una oportunidad para proporcionar las intervenciones necesarias.

Otra forma de ser testigo de violencia consiste en una violencia comunitaria. Más de un tercio de los niños en edad escolar de Nueva Orleans ha presenciado fuertes escenas de violencia y el 40 % ha visto un cadáver. En las zonas pobres del centro de Boston, un estudio de mayores de 6 años había visto apuñalamiento o disparos. En el condado de Los Ángeles, la oficina del sheriff estima que los niños presencian el 20 % de todos los asesinados. Los niños pequeños que viven en áreas de alta criminalidad y violencia son testigos de muertes con mayor frecuencia y a edades más tempranas que los que crecen en ambientes más seguros.

El origen más habitual de exposición de los niños a la violencia en Estados Unidos es la televisión. Un niño de 2 – 5 años ve la televisión durante 20 a 30 horas a la semana, horas en las que cada vez hay más escenas de violencia. Más de 3500 estudios han examinado la asociación entre la violencia en los medios de comunicación y la conducta violenta; todos menos 18 mostraron una relación positiva. Tal vez el suceso más significativo que llevó a los hogares el poder y la importancia de la exposición de los niños a los medios de comunicación fue el 11 de septiembre del 2001. Los niños vieron la cobertura por televisión de los ataques durante una media de 3 horas esta fecha; sólo el 34 % de los padres informaron que había restringido la televisión a sus hijos.

Aunque la exposición a la violencia en los medios de comunicación no se puede igualar a la de la “vida real”, muchos estudios confirman que la violencia en los medios desensibiliza a los niños acerca de la repercusión y el significado de la conducta violenta. No todos los niños se ven afectados por la violencia televisiva. Los que corren más riesgo son los que también están expuestos regularmente a la violencia en la vida real en sus casas y comunidades.

La violencia en la vida real sigue siendo un problema importante en Estados Unidos. Cerca de 20.000 personas mueren cada año en este país como consecuencia de homicidios intencionados. La herida por armas de fuego es la principal causa de muerte en adolescentes varones de raza blanca y negra en Estados Unidos.

El departamento de Educación de Massachussets, en un estudio realizado en 1995, observó que en los 30 días anteriores a la investigación, uno de cada 10 estudiantes de instituto portaba armas dentro o fuera del colegio. Uno de cada 20 había llevado una pistola.

Lo más frecuente, sin embargo, es la intimidación, de modo que casi un 30 % de una amplia muestra de encuestados en institutos manifestó haber participado en actos de intimidación, habían sido objeto de ellos o ambos casos.

La violencia que los niños experimentan o de la que son testigos también tiene una profunda repercusión sobre la salud y el desarrollo. Más allá de las heridas, la violencia afecta psicológicamente a los niños y en sus conductas; influyen en cómo ven al mundo y su sitio en él. Los niños llegan a considerar el mundo un lugar peligroso e impredecible. Este miedo puede frustrar su exploración del entorno, esencial para su aprendizaje durante la infancia. Además, la alta exposición a la violencia está en correlación con bajos rendimientos en la escuela, síntomas de ansiedad y depresión y baja autoestima.

La violencia, en particular la doméstica, también enseña a los niños unas lecciones tempranas, especialmente importantes, sobre el papel de la violencia en las relaciones humanas. Tal vez la consecuencia más aleccionadora sea que la violencia que pueda cambiar el modo en el que los niños ven su futuro, creer que pueden morir a una edad temprana y, por tanto, asumir más riesgos como tomar alcohol, consumir drogas, no utilizar los cinturones de seguridad y no tomar la medicación prescrita.

Los estudios indican que una alta exposición a la violencia colocan a los niños en riesgo de padecer problemas psicológicos, sociales, académicos y físicos, así como de participar en actos violentos. Los efectos en la salud mental comprenden depresión, disociación, agresión y consumo de drogas.

Algunos niños expuestos a violencia grave o crónica sufren trastornos por estrés post-traumático, muestran emociones restringidas, dificultad de concentración, trastornos

autónomos y vivencias de repetición del trauma a través del juego o la acción. Un reto particular en el tratamiento y diagnóstico del trastorno por estrés pos traumático pediátrico es el que el cuidador del niño expuesto al mismo trauma también puede estar sufriendo dicho trauma.

El modo más simple de reconocer si la violencia se ha convertido en un problema en una familia es preguntar sistemáticamente tanto a los pacientes (cuando son suficientemente mayores) como a sus padres. Esto resulta especialmente importante durante el embarazo y el posparto inmediato cuando las mujeres están en el momento de mayor riesgo de sufrir maltratos.

Es importante asegurar a las familias que no se les está eligiendo únicamente a ellas, sino que a todas se les pregunta sobre la exposición a la violencia.

Muchos padres y niños expuestos a violencia pueden ser aconsejados eficazmente por el pediatra. Los temas a abordar incluyen reunir los hechos y detalles del suceso, conseguir acceso a los servicios de apoyo, proporcionar información acerca de los síntomas y conductas comunes en los niños expuestos a la violencia y ayudar a los padres a hablar con sus hijos sobre el hecho.

Cuando los síntomas son crónicos (más de 6 meses) o no hay mejoría, si el hecho violento trae consigo la muerte o partida de un progenitor, si los cuidadores no son capaces de empatizar con el niño o si existe una preocupación por la seguridad futura del niño, es importante que la familia sea remitida a profesionales de la salud mental para un tratamiento adicional²².

16. MARCO LEGAL

Las leyes que reposan en la constitución de la República del Ecuador en la sección quinta. niños, niñas y adolescentes, en el **artículo 45**, describe 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 garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas. Además el título IV de la protección contra el maltrato, abuso, explotación sexual, tráfico y pérdida de niños, niñas y adolescentes:

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.

Art. 68.- Concepto de abuso sexual.- Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio.

Cualquier forma de acoso o abuso sexual será puesto en conocimiento del Agente Fiscal competente para los efectos de la ley, sin perjuicio de las investigaciones y sanciones de orden administrativo que correspondan.

Art. 69.- Concepto de explotación sexual.- Constituyen explotación sexual la prostitución y la pornografía infantil. Prostitución infantil es la utilización de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución. Pornografía infantil es toda representación, por cualquier medio, de un niño, niña y adolescente en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas; o de sus órganos genitales, con la finalidad de promover, sugerir o evocar la actividad sexual.

Art. 70.- Concepto de tráfico de niños.- Se entiende por tráfico de niños, niñas o adolescentes, su sustracción, traslado o retención, dentro o fuera del país y por cualquier medio, con el propósito de utilizarlos en la prostitución, explotación sexual o laboral, pornografía, narcotráfico, tráfico de órganos, servidumbre, adopciones ilegales u otras actividades ilícitas.

Se consideran medios de tráfico, entre otros, la sustitución de persona, el consentimiento fraudulento o forzado y la entrega o recepción de pagos o beneficios indebidos dirigidos a lograr el consentimiento de los progenitores, de las personas o de la institución a cuyo cargo se halla el niño, niña o adolescente.

Art. 71.- Concepto de pérdida de niños, niñas o adolescentes.- Para efectos de este Código, se considera pérdida de niños, niñas o adolescentes, su ausencia voluntaria o involuntaria del hogar, establecimiento educativo u otro lugar en el que se supone deben permanecer, sin el conocimiento de sus progenitores o responsables de su cuidado.

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

Art. 73.- Deber de protección en los casos de maltrato.- Es deber de todas las personas intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente en casos flagrantes de maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual y otras violaciones a sus derechos; y requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial.

Art. 74.- Prevención y políticas respecto de las materias que trata el presente título.- El Estado adoptará las medidas legislativas, administrativas, sociales, educativas y de otra índole, que sean necesarias para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra las conductas y hechos previstos en este título, e impulsará políticas y programas dirigidos a:

1. La asistencia a la niñez y adolescencia y a las personas responsables de su cuidado y protección, con el objeto de prevenir estas formas de violación de derechos;
2. La prevención e investigación de los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico y pérdida;
3. La búsqueda, recuperación y reinserción familiar, en los casos de pérdida, plagio, traslado ilegal y tráfico; y,
4. El fomento de una cultura de buen trato en las relaciones cotidianas entre adultos, niños, niñas y adolescentes.

En el desarrollo de las políticas y programas a los que se refiere este artículo, se asegurará la participación de la sociedad, la familia, los niños, niñas y adolescentes.

Art. 75.- Prevención del maltrato institucional.- El Estado planificará y pondrá en ejecución medidas administrativas, legislativas, pedagógicas, de protección, atención, cuidado y demás que sean necesarias, en instituciones públicas y privadas, con el fin de erradicar toda forma de maltrato y abuso, y de mejorar las relaciones entre adultos y niños, niñas y adolescentes, y de éstos entre sí, especialmente en el entorno de su vida cotidiana.

Las prácticas administrativas, pedagógicas, formativas, culturales tradicionales, de protección, atención, cuidado y de cualquier otra clase que realice toda institución pública o privada, deben respetar los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes, y excluir toda forma de maltrato y abuso.

Art. 76.- Prácticas culturales de maltrato.- No se admitirá como justificación de las prácticas a las que se refiere este capítulo, ni de atenuación para efecto de establecer las responsabilidades consiguientes, la alegación de que constituyen métodos formativos o que son prácticas culturales tradicionales.

Art. 77.- Protección contra el traslado y retención ilícitos de niños, niñas y adolescentes.- Se prohíbe el traslado y la retención de niños, niñas y adolescentes cuando violan el ejercicio de la patria potestad, el régimen de visitas o las normas sobre autorización para salir del país. Los niños, niñas y adolescentes que han sido trasladados o retenidos ilegalmente, tienen derecho a ser reintegrados a su medio familiar y a gozar de las visitas de sus progenitores y otros parientes de conformidad con lo previsto en este Código.

El Estado tomará todas las medidas que sean necesarias para lograr el regreso y reinserción familiar del niño, niña o adolescente que se encuentre en la situación prevista en este artículo.

Art. 78.- Derecho a protección contra otras formas de abuso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se les brinde protección contra:

1. El consumo y uso indebido de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y sustancias psicotrópicas;
2. La participación en la producción, comercialización y publicidad de las sustancias y objetos a que se refieren los numerales 1 y 3;
3. El uso de armas, explosivos y sustancias que pongan en riesgo su vida o su integridad personal;
4. La exposición pública de sus enfermedades o discapacidades orgánicas o funcionales, para la obtención de beneficios económicos; y,
5. La inducción a los juegos de azar.

Art. 79.- Medidas de protección para los casos previstos en este título.- Para los casos previstos en este título y sin perjuicio de las medidas generales de protección previstas en este Código y más leyes, las autoridades administrativas y judiciales competentes ordenarán una o más de las siguientes medidas:

1. Allanamiento del lugar donde se encuentre el niño, niña o adolescente, víctima de la práctica ilícita, para su inmediata recuperación. Esta medida sólo podrá ser decretada por el Juez de la Niñez y Adolescencia, quien la dispondrá de inmediato y sin formalidad alguna;
2. Custodia familiar o acogimiento institucional;
3. Inserción del niño, niña o adolescente y su familia en un programa de protección y atención;
4. Concesión de boletas de auxilio a favor del niño, niña o adolescente, en contra de la persona agresora;
5. Amonestación al agresor;
6. Inserción del agresor en un programa de atención especializada;
7. Orden de salida del agresor de la vivienda, si su convivencia con la víctima implica un riesgo para la seguridad física, psicológica o sexual de esta última; y de reingreso de la víctima, si fuere el caso;
8. Prohibición al agresor de acercarse a la víctima o mantener cualquier tipo de contacto con ella;
9. Prohibición al agresor de proferir amenazas, en forma directa o indirecta, contra la víctima o sus parientes;

10. Suspensión del agresor en las tareas o funciones que desempeña;
11. Suspensión del funcionamiento de la entidad o establecimiento donde se produjo el maltrato institucional, mientras duren las condiciones que justifican la medida;
12. Participación del agresor o del personal de la institución en la que se haya producido el maltrato institucional, en talleres, cursos o cualquier modalidad de eventos formativos; y,
13. Seguimiento por parte de los equipos de trabajo social, para verificar la rectificación de las conductas de maltrato. En casos de emergencia que aporten indicios serios de agresión o amenaza contra la integridad física, psicológica o sexual del niño, niña o adolescente o de delito flagrante, las entidades de atención autorizadas podrán ejecutar provisionalmente las medidas de los numerales 2 a 9, 12 y 13, y ponerlo en conocimiento de la autoridad competente en el plazo máximo de setenta y dos horas, para que disponga las medidas definitivas.

Art. 80.- Exámenes médico legales.- Los exámenes médico legales a un niño, niña o adolescente, se practicarán en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad física y emocional del paciente. Salvo que ello sea imprescindible para su tratamiento y recuperación, se prohíbe volver a someter a un niño; niña o adolescente víctima de alguna de las formas de maltrato o abuso señalados en este título, a un mismo examen o reconocimiento médico legal. Los profesionales de la salud que realicen estos exámenes, están obligados a conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba encontrados; y a rendir testimonio propio sobre el contenido de sus informes. Los informes de dichos exámenes, realizados por profesionales de establecimientos de salud públicos o privados y entidades de atención autorizadas, tendrán valor legal de informe pericial. (23)

Art. 276.- Omisión de la Denuncia por parte de un profesional de la salud.- La o el profesional o la o el auxiliar en medicina u otras ramas relacionadas con la salud que reciba a una persona con signos de haber sufrido graves violaciones a los derechos humanos, a la integridad sexual y reproductiva o muerte violenta y no denuncie el hecho, será sancionado con pena privativa de libertad de dos a seis meses. (24)

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

1. MATERIALES

Lugar de la investigación Hospital de niños “Dr. Francisco de Ycaza Bustamante” de la ciudad de Guayaquil

2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

2000 – 2010

3. RECURSOS UTILIZADOS

RECURSO HUMANO

La Investigadora

El Tutor

RECURSO FÍSICO

MATERIALES	CANTIDA D	PRECIO UNITARIO	TOTAL
PEN DRIVER 4 G	1	40	40
BOLIGRAFO	10	0,10	1
AGENDA	1	10	10
COFFE BREACK	4	30	120
OFICIOS	5	0,25	1,25
REZMA	4	3,50	14
LAPIZ	5	0,30	1,50
CAPACITACION DE AYUDANTE	2	20	40
IMPRESORA	1	90	90

UNIVERSO Y MUESTRA:

1. UNIVERSO

Pacientes ingresados en el Hospital de especialidades Francisco de Ycaza Bustamante, durante el período enero 2000 – enero 2010.

2. MUESTRA

Pacientes con diagnóstico de egreso de maltrato infantil

METODOLOGIA.

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptiva-Correlacional.

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

No experimental Longitudinal retrospectiva

TÉCNICAS:

La fuente de información será de tipo secundaria realizándola de la siguiente manera:

- 1.- solicitar al departamento de estadística del hospital del Niño los expedientes clínicos de los pacientes con MALTRATO AL MENOR.
- 2.-seleccioinar las historias clínicas de los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.
- 3.- elaboración de fichas para recolectar la información.

TABULACION DE LOS DATOS

El procesamiento de la información se lo llevara a cabo a través de métodos sencillos, para el mejor manejo de la información.

EQUIPO DE TRABAJO:

Director de Tesis

Médico Tratante Asesor.

Secretaria de Estadística.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes en edad comprendida desde 5 A 15 años
2. con diagnóstico definitivo de MALTRATO AL MENOR
3. Ambos sexos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes mayores de 15 años
2. Sin diagnóstico definitivo de MALTRATO AL MENOR
3. Pacientes con MALTRATO AL MENOR encontrados fuera del periodo en estudio.

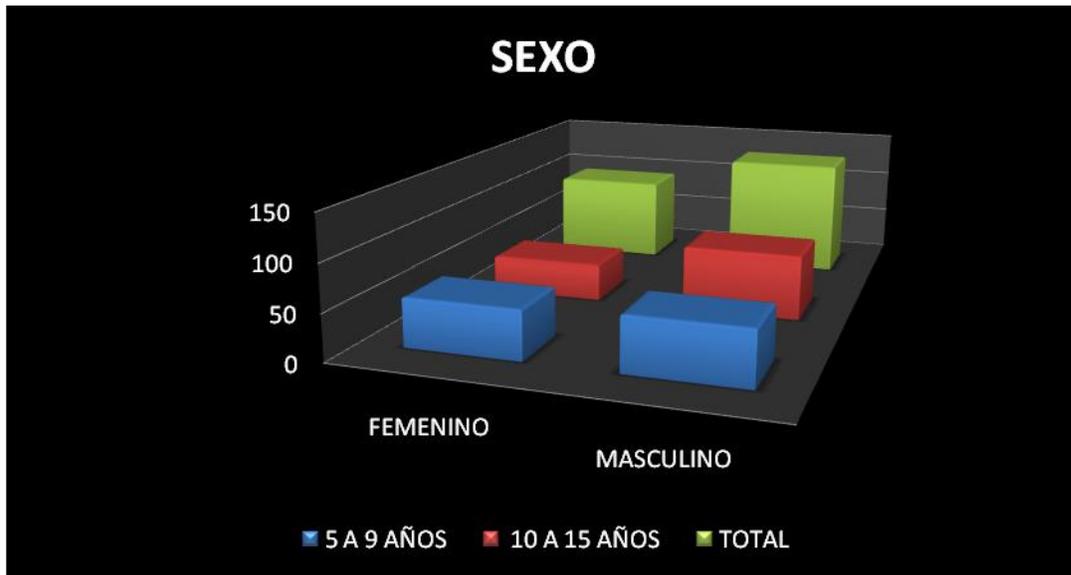
CAPITULO IV

RESULTADOS

El universo de estudio fue de 256 pacientes de la base de datos del Hospital DR. FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE, de los cuales se excluyeron 144 por no estar dentro de los criterios de inclusión, de los 112 pacientes incluidos en el estudio se promedio la edad que fue de 40.2 años, la relación entre los sexos fue masculino con 63.4%, femenino 36.6%, en la procedencia correspondió rural 23.3%, urbana 76.7% lo que corresponde a la etiología del maltrato físico fue de 23.21%, psicológico de 1.78%, sexual 17.8%, intoxicaciones 12.32%, negligencia 37.50%.

VARIABLES		
Edad		40.2 años
Sexo	Masculino	63.4%
	Femenino	36.6%
Procedencia	Urbana	76.7%
	Rural	23.3%
Etiología del maltrato	Físico	23.21%
	Psicológico	1.78%
	Sexual	17.8%
	Intoxicaciones	12.32%
	Negligencia	37.50%

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL SEXO



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el grafico 1 observamos que el 58% de los pacientes correspondió al sexo masculino, en edades comprendidas 5 a 9 años 45.4%, 10 a 15 años 54.6% y el 42% de los pacientes correspondieron al sexo femenino, en edades comprendidas de 5 a 9 años 56.4%, 10 a 15 años 43.6%

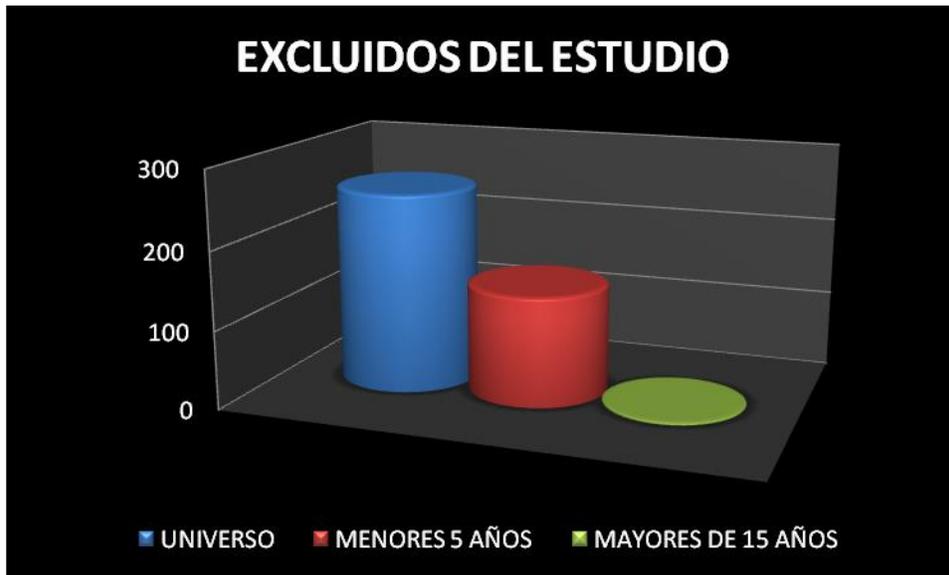
DISCUSIÓN

En este grafico podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes corresponden al sexo masculino con 130 del total en relación al sexo femenino y el grupo de edad que predomino fue el de 10 a 15 años con 71 pacientes.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el grupo del sexo masculino predomino en el total de los caso reportados.

FIGURA 2. EXCLUIDOS DEL ESTUDIO



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el grafico 2 observamos que el universo total de paciente fue 256, los pacientes excluidos menores de 5 años correspondió al 62.9%, mayores de 15 años correspondió al 1.3%.

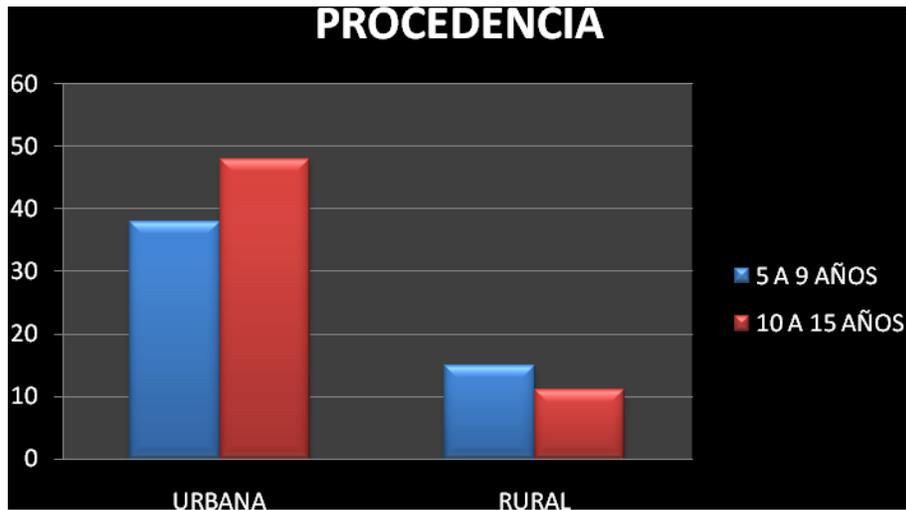
DISCUSIÓN

En este grafico podemos observar que el mayor porcentaje de excluidos del estudio fueron los menores de 5 años con 141 pacientes, mayores de 15 años con 3 pacientes.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el mayor porcentaje de excluidos del estudio fueron los menores de 5 años.

FIGURA 3. PROCEDENCIA



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el grafico 3 observamos que la procedencia urbana con 76.7%, rural con 23.21%

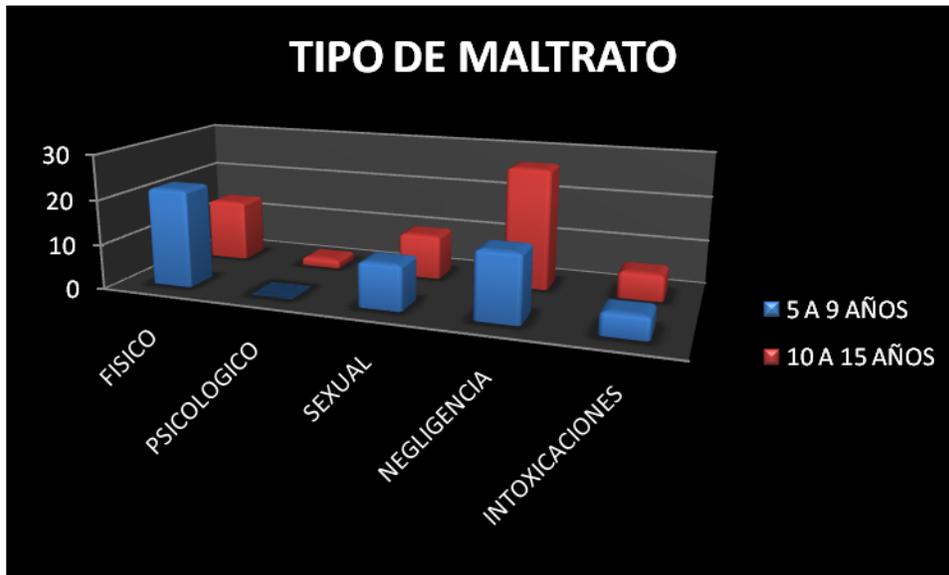
DISCUSIÓN

En este grafico podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes del estudio provienen del área urbana con 86 pacientes del universo y de esta el grupo etario que predomino fue el de 10 a 15 años con 48 pacientes.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el mayor porcentaje de pacientes del estudio provienen del área urbana y de esta el grupo etario que predomino fue el de 10 a 15 años.

FIGURA 4. TIPO DE MALTRATO



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el gráfico 4 observamos que en relación al tipo de maltrato en niños de 5 a 9 años fueron el físico con 41.5%, la negligencia con 28.3%, el sexual con 18.86% y las intoxicaciones con 9.43%. El tipo de maltrato en niños de 10 a 15 años fueron el físico con 23.72%, la negligencia con 45.76%, el sexual con 16.94%, las intoxicaciones con 10.16% y el psicológico con 3.38%.

DISCUSIÓN

En este gráfico podemos observar que el mayor porcentaje en relación al tipo de maltrato fue en el grupo etario de 10 a 15 años con 53 casos reportados, predominando la negligencia con 27 casos del total de los pacientes.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el tipo de maltrato más frecuente fue la negligencia en el grupo etario de 10 a 15 años.

FIGURA 5. SEXO DEL AGRESOR



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el grafico 5 observamos que el 55.35% de los agresores correspondió al sexo masculino, en edades comprendidas 5 a 9 años 28.6%, 10 a 15 años 26.7% y el 44,65% de los agresores correspondieron al sexo femenino, en edades comprendidas de 5 a 9 años 18.75%, 10 a 15 años 25.89%.

DISCUSIÓN

En este grafico podemos observar que el mayor porcentaje de agresores corresponden al sexo masculino con 62 casos del total en relación al sexo femenino y el grupo de edad que predomino de los agresores fue el de 10 a 15 años con 30.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el mayor porcentaje de agresores corresponden al sexo masculino siendo el grupo etario que predomino de los agredidos el de 10 a 15 años con 30 casos reportados.

FIGURA 6. RELACION CON EL AGRESOR



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el grafico 6 observamos que la relación con el agresor fue de 21.42% correspondió a un familiar cercano, el 58% a los padres, 15,1% por conocidos, 5,35% por desconocidos

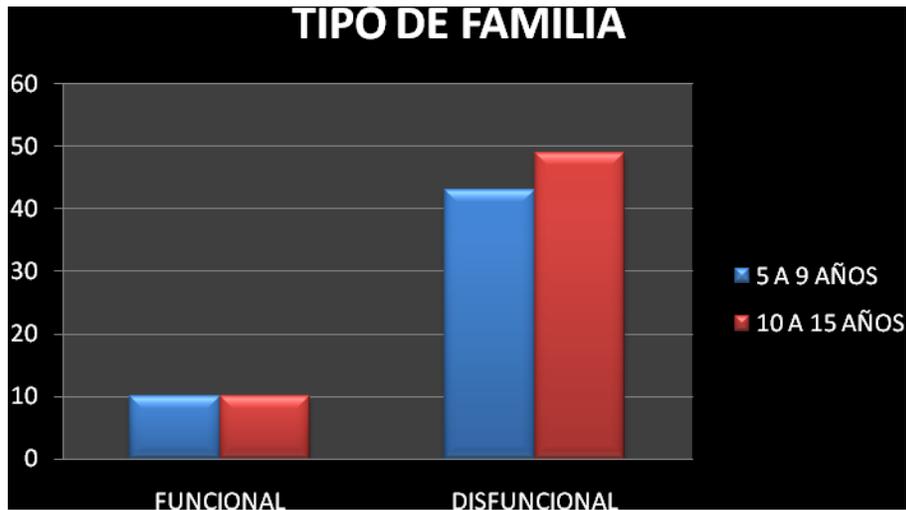
DISCUSIÓN

En este grafico podemos observar que la relación con el agresor con mayor porcentaje fue por los padres con 31 casos reportados, seguido de un familiar cercano con 14 casos.

COMENTARIO

Podemos ratificar que la relación con el agresor el grupo que predominó fue hecha por los padres en el estudio.

FIGURA 7. TIPO DE FAMILIA



Md. Kira Sánchez Piedrahita

ANÁLISIS

En el grafico 7 observamos que el 82.14% de los pacientes pertenecen a hogares disfuncionales, 38,39% corresponde al grupo etario de 5 a 9 años de edad, 43.75% al de 10 a 15 años de edad y 17.85% corresponde a hogares funcionales, 8.46 para ambos grupos etarios.

DISCUSIÓN

En este grafico podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes agredidos pertenecen a hogares disfuncionales con 92 casos reportados del total, siendo el grupo etario más representativo el de 10 a 15 años con 49 casos.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el mayor porcentaje de pacientes agredidos pertenecen a hogares disfuncionales, en edades comprendidas de 10 a 15 años.

FIGURA 8. REPORTADOS A LA DINAPEN



ANÁLISIS

En el gráfico 8 observamos que el 25.89% de los casos fueron reportados a la DINAPEN, 5 a 9 años 14,28%, 10 a 15 años 11.6% y el 74,10% no fue reportado a la DINAPEN, 5 a 9 años 33%, 10 a 15 años 41% y el 42% de los casos.

DISCUSIÓN

En este gráfico podemos observar que el mayor porcentaje de casos corresponden al grupo de los no reportados a la DINAPEN con 83 pacientes, siendo el grupo etario más representativo el de 10 a 15 años con 46 del total de los casos reportados.

COMENTARIO

Podemos ratificar que el mayor porcentaje de casos corresponden al grupo de los no reportados a la DINAPEN, siendo el grupo etario más representativo el de 10 a 15 años.

DISCUSIÓN

1.- En relación a los grupos etarios podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes corresponden al sexo masculino con 71 pacientes (63.4%) en relación al sexo femenino con 36.6%

2.- En relación a los pacientes que fueron excluidos del estudio fueron los menores de 5 años con 141 pacientes, mayores de 15 años con 3 pacientes.

3.- En relación a la ubicación geográfica podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes del estudio provienen del área urbana con 86 pacientes (76.70%) del universo y de esta el grupo etario que predominó fue el de 10 a 15 años con 48 pacientes.

4.- En relación al tipo de maltrato pudimos observar que el tipo de maltrato más frecuente fue la negligencia en el grupo etario de 10 a 15 años.

5.- En relación con los agresores corresponden al sexo masculino con 62 casos del total en relación al sexo femenino y el grupo de edad que predominó de los agresores fue el de 10 a 15 años con 30.

En relación con el sexo del agresor el que predominó fue el masculino – PADRE.

6.- En la relación con el agresor el mayor porcentaje fue hecha por los padres con 31 casos reportados, seguido de un familiar cercano con 14 casos.

7.- En relación con el tipo de hogar que pertenecía el agredido la mayoría pertenecen a hogares disfuncionales con 92 casos reportados del total, siendo el grupo etario más representativo el de 10 a 15 años.

8.- En relación con los casos reportados a la DINAPEN predominó lo no reportados con 83 pacientes, siendo el grupo etario más representativo el de 10 a 15 años con 46 del total de los casos reportados.

CONCLUSIONES

- Según los resultados obtenidos se concluye que en el hospital de niño “DR. FRANCISCO DE YCAZA BUSTAMANTE”, en el periodo comprendido entre enero del 2000 y diciembre del 2010, egresaron 112 pacientes con diagnóstico de MALTRATO INFANTIL CIE – 10 174.9, en las edades comprendidas de 5 a 15 años. De los cuales la mayoría fueron de niños de procedencia urbana, el maltrato más frecuente en las edades comprendidas de 5 a 9 años fue por negligencia, seguido de abuso sexual, intoxicaciones y físico, en menor proporción; entre los 10 a 15 años el maltrato más frecuente fue negligencia, seguido de físico y luego de sexual, intoxicaciones y psicológico.
- Hubo una mortalidad de 2 pacientes entre 5 a 9 años
- El agresor de sexo masculino fue el que predominó en comparación con el sexo femenino
- La relación del agresor con el paciente más frecuente fue hecho por los padres, seguido por un familiar cercano.
- La mayoría de los pacientes pertenecen a hogares disfuncionales
- La gran mayoría de los casos no fueron reportados a la DINAPEN tal vez por desconocimiento

BIBLIOGRAFIA

1. LOREDO AA. Maltrato al menor. México DF: Interamericana Mc Graw-Hill; 1994.
2. MARTÍNEZ MM, REYES RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 50:557-63.
3. TORREGOSA FL. El niño maltratado. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México, DF: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 1992:55-74.
4. SANTAMARÍA GR. El maltrato infantil o maltrato social. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México DF: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil; 1992:201-6.
5. LOREDO AA, OLDAK SD, CARBAJAL RL, REYNES MJ. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. Bol Med Hosp Infant Mex 1990;47: 91-5.
6. FONTANA V. En defensa del niño maltratado. México, DF: Edit. Pax; 1979.
7. KEMPE RS, KEMPE HC. Niños maltratados. 3ra. ed. Madrid: Morata; 1985.
8. KEMPE HS, SILVERMAN NF, STEELE BF, DROEGEMUELLER W, SILVER HK. The battered-child syndrome. JAMA 1962; 181:105-12.
9. Santa Biblia 26 ed. Madrid 1975.
10. KEMPE HC. Pediatric implications of the battered baby syndrome. Arch Dis Child 1971; 46:28-37.
11. M. CRUZ .TRATADO DE PEDIATRIA, 9 a EDICION VOLUMEN II, 2006, Cap 25.9, MALTRATO Y ABANDONO, pp 2096 – 2097
12. KEMPE CH, HELFER E. Child abuse and neglect. Cambridge: Bolinger Publishing, 1976

13. MARCOVICH J. El niño maltratado. Identificación y prevención. 2ª. ed. México: Editores Mexicanos Unido, 1981:18.
14. J. SANCHEZ ETXANIZ. TRATADO DE URGENCIAS EN PEDIATRIA 2da Edición. España 2012. EL NIÑO MALTRATADO 15.2 pp 820
15. PEDIATRÍA DE RUDOLPH 21 a edición. Vol. 1. Capítulo 5 INCISO 5.6.9 MALTRATO INFANTIL: DE LA NEGLIGENCIA AL MALTRATO. pp 503
16. JEFFREY L. BLUMER. Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría 3era edición, capítulo 119.- Negligencia y malos tratos en la infancia (Steven E. Krug) pp 758.
17. M. CRUZ. TRATADO DE PEDIATRIA. 9 edición volumen II . sección 25. 10 ABUSO SEXUAL. pp 2108
18. J. CASADO FLORES. Urgencias y tratamiento del niño grave, segunda edición, 2007, cap. 136. LESIONES NO FORTUITAS. NEGLIGENCIA Y MALOS TRATOS. pp 851
19. PEDIATRIA MENEGHELLO. 5 ta edición. Tomo 2. capítulo 409. MALTRATO INFANTIL. pp 2370 – 2371
20. WILLIAM W. HAY, Jr, et al .DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICOS 14 edición. MALTRATO INFANTIL Y NEGLIGENCIA EN EL CUIDADO. pp 214 – 215
21. M. WILLIAM SCHWARTZ Y COL. Manual clínico de Pediatría. Tercera edición. Capítulo 57. Parte II. pp 758
22. PEDIATRIA DE NELSON capítulo 34. REPERCUSIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS NIÑOS. MARILYN AUGUSTYN Y BARRY ZUCKERMAN. pp 120 – 121
23. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, Registro Oficial No. 737 del 3 de Enero de 2003.
24. CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL 2014, República del Ecuador.

CAPITULO IV

ANEXOS

1. HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO.

HOJA DE NOTIFICACION DE MALTRATO FISICO Y ABANDONO
L (leve) M (moderado) G (grave)

Sospecha	<input type="radio"/>
Maltrato	<input type="radio"/>

Maltrato físico

L - M - G	Magulladuras o moretones
L - M - G	Quemaduras
L - M - G	Fracturas Oseas
L - M - G	Heridas
L - M - G	Lesiones viscerales
L - M - G	Mordeduras humanas
L - M - G	Intoxicación forzada
L - M - G	Síndrome del niño zarandeado

Negligencia

L - M - G	Escasa higiene
L - M - G	Falta de supervisión
L - M - G	Cansancio o apatía permanentes
L - M - G	Problemas físicos o necesidades medicas
L - M - G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso o no va a la escuela
L - M - G	Ha sido abandonado

Maltrato Emocional

L - M - G	Maltrato emocional
L - M - G	Retraso físico, emocional y(o) intelectual
L - M - G	Intento de suicidio
L - M - G	Cuidados excesivos o sobreprotección

Abuso sexual

Si	Sin contacto físico
Si	Sin contacto físico y sin penetración.
Si	Dificultad para andar y sentarse.
Si	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
Si	Dolor o picor en la zona genital
Si	Contusiones o sangrado en los genitales externos , zona vaginal o anal
Si	Cérvix o vulva hinchados o rojos
Si	Explotación sexual
Si	Semen en la boca ,genitales o ropa
Si	Enfermedad venérea
Si	Apertura anal patológica
	Tamaño hendidura himenal (en postura de rana) mm

Identificación del caso (tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño niño) <input type="checkbox"/>	Caso fatal (fallecimiento del
Dos primeras iniciales del primer apellido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dos primeras iniciales del segundo apellido <input type="checkbox"/>
Sexo <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (día/mes/año) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/>	Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar)
.....	Fecha de Notificación (día/mes/año)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Identificación del notificador	
Centro:.....	
Servicio/consulta:.....	
Profesional: Medico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/>	
Destino final del niño: Dirección Domiciliaria:..... Telefono:	
.....	
Ingreso hospitalario: Centro de	
acogida:.....	

2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN VARIABLES

Procedencia	Tipo de maltrato	Mortalidad	Diagnóstico 174.9 CIE - 10	Agresor Según sexo	Relación del agresor con paciente	Tipo de familia	Reporte a dinapen
5 A 9 AÑOS							
Urbana 38	Psicológico: 0	2		M : 32	Padres 31	Disfuncional: 43	Si: 16
Rural 15	Sexual: 10			F : 21	Conocidos 7		No: 37
	Negligencia: 15				Desconocidos 1		
	Intoxicaciones: 5						
Total 53	53	3.7 %	53	53	53	53	53
10 a 15 AÑOS							
	14		CIE - 10	H: 30	P: 34	D: 49	No: 46
Urbana 48	2			M: 29	C: 10		
Rural 11	10				D: 5		
	27						
	6						
Total 59	59	0 %	59	59	59	59	59