

8
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

"SINDROME DE NIÑO MALTRATADO"

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MARIA VIRGINIA GONZALEZ VARGAS

México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
I.- INTRODUCCION.	1
II.- MARCO TEORICO.	3
1.- Conceptos básicos.	3
2.- Panorama general sobre el "Síndrome de niño maltratado".	5
3.- Participación de enfermería en la atención del niño maltratado.	34
III.- HISTORIA CLINICA	38
IV.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	44
V.- PLAN DE ATENCION.	45
VI.- EVALUACION Y CONCLUSIONES.	65
VII.- BIBLIOGRAFIA.	69
VIII.- GLOSARIO.	73
IX.- ANEXOS.	75

I. INTRODUCCION

Para que se logre el desarrollo integral de un niño, deben darse las condiciones sociales, económicas, psicológicas y familiares que favorezcan dicho desarrollo, en donde la participación de los padres es determinante. El arte de la paternidad no se adquiere instintivamente como podría suponerse, por el contrario, se considera como un fenómeno aprendido e influido por la cultura y los acontecimientos de la vida cotidiana, que se afrontan en su mayoría, con poca o nula preparación, en ocasiones los padres se sienten amenazados por la conducta de sus hijos, lo que los impulsa a cometer acciones que implican maltrato a los mismos, desde una forma leve, hasta lesiones graves e incluso llegan a causarles la muerte.

El maltrato al menor, está considerado como un problema de salud pública, de gran magnitud a nivel mundial (15); ha existido desde principios de nuestra historia y en la actualidad, en nuestro país, se ha acentuado debido a la crisis económica, social y cultural, encontrandonos con una realidad penosa y frustrante ante el hecho de

que algunos niños no podrán crecer con seguridad dentro de su propia familia (28), ya que se ha observado, que en más del 60% de los casos, el agresor es el padre o la madre (28), esta realidad no solamente se refiere a situaciones de maltrato físico, sino moral y todas aquellas barreras que impiden su desarrollo normal.

A pesar de que ha sido preocupación del gobierno y de la sociedad, emprender medidas a través de programas específicos, en los que participa el equipo multidisciplinario de salud, no se ha logrado contrarrestar este problema que trae consigo serias repercusiones individuales, familiares y comunitarias.

Se ha observado que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, en ocasiones, desconoce los mecanismos que le permitan actuar profesionalmente ante situaciones de maltrato infantil, ya sea en su propia familia o en el campo de trabajo; por esta razón y por lo anteriormente mencionado, se estima importante la elaboración de trabajos tendientes a compartir reflexiones e información acerca de los aspectos teóricos, médicos, legales y sociales que permitan al personal de enfermería participar oportunamente, realizando acciones en un modelo de atención denominado Proceso de Atención de

Enfermería dando especial relevancia a los niveles de prevención.

En este trabajo se presenta un caso de niño maltratado y las estrategias de atención integral de enfermería que permitieron detectar las necesidades y colaborar en la solución de los problemas del paciente y su familia dentro de las posibilidades y alcances del propio equipo de salud.

II. MARCO TEORICO

1.- Conceptos Básicos.

El término que por primera vez se maneja para referirse al maltrato de menores fue el de "Síndrome de Niño Golpeado" (Kemple 1961), el que permaneció hasta que las limitaciones propias del significado lo permitieron, al describirse formas no físicas de abuso, resultó imperativo el cambio por el de "Síndrome del Niño Maltratado" (2).

En este apartado se hace mención a tres conceptos sobre síndrome del niño maltratado, que aunque fueron manejados por diferentes autores en diferentes épocas, tienen coincidencias.

Según Kemple es: "El uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de los padres o de otra persona responsable del menor" (28).

Otro autor lo define como: "El conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos, que se presentan en un menor de edad como consecuencia de la agresión directa, no accidental de un mayor de edad en uso y abuso de su condición física y/o social" (15).

En el II Congreso Latinoamericano sobre Maltrato al Menor en 1986 en Guayaquil, Colombia, se conceptualizo así: "Es el resultado configurado por múltiples causa que interactúan de modo altamente complejo y que se originan y actúan en todas las esferas o ámbitos de la vida social y que se manifiestan en el deterioro de la calidad de vida de los niños, y en la instalación de condiciones que impiden o retrasan su desarrollo.

No es pues solamente la agresión física o el abuso de diversos tipos, sino toda acción u omisión que lesione los derechos del niño, donde quiera que esto se de, desde los círculos más particulares o internos, hasta el concepto general de la sociedad y el estado" (15).

Se puede notar que el primer concepto, contempla únicamente lo que se refiere al uso de la fuerza física de una persona mayor hacia un niño: en el segundo además de lesiones físicas contempla las lesiones psíquicas, pero también desde el punto de vista individualista de una persona a otra: en el tercer concepto se considera el maltrato al menor en todas las esferas como son la biológica, psicológica, la social que impiden el desarrollo integral del niño y en donde no solo intervienen el agresor y el agredido, sino que están inmiscuidos todos los organismos sociales.

gubernamentales, educativos y medicos entre otros que se convierten en complicidos o en propiciadores de esas situaciones consideradas como problemas sociales de gran magnitud.

2.- Panorama general sobre "Síndrome de Niño Maltratado".

Datos Históricos:

El maltrato al menor ha sido un fenómeno observado en casi todas las naciones y en todas las épocas de la historia, en grupos étnicos civilizados que se caracterizaron por sus grandes aportes a la ciencia y la cultura, pero también en los que no han dejado ningún aporte a la humanidad. En la gran diversidad de culturas en la historia del hombre, han ocurrido hechos, que en la actualidad no alcanzamos a explicarnos el porqué de tales acciones, pero que en su momento estaban socialmente justificadas (3). Se podría escribir un libro exclusivamente de hechos que a través del tiempo confirmarían lo expuesto anteriormente, pero en este apartado se hará una breve exposición de los más sobresalientes, a la vez de las acciones que en la actualidad se han dado para estudiar y resolver este problema.

El rey Nimrod de Babilonia, al ser informado por sus astrologos de que nacería un niño, que posteriormente le declararían la guerra, mando

matar a todos los primogénitos del reino; el Nuevo Testamento inicia relatando la matanza de los inocentes, de la que Jesús fue salvado (2); en Esparta se arrojaban a la cima del "Tajeto" a los pequeños, los viejos y los deformes; en China el límite de una familia eran tres hijos, el cuarto se arrojaría a los animales salvajes; en los tiempos clásicos, Séneca, Platón y Aristóteles apoyaron la ley que aprobaba matar a los defectuosos: para eliminar al diablo de los pequeños epilépticos, se les arrojaba a los árboles; hace alrededor de 150 años en China era permitido que si el producto de un embarazo era una mujer, podía matarse impunemente; el maltrato a los pequeños ha sido justificado en todas las sociedades, por ciertas creencias religiosas, tabúes y supersticiones; por otro lado, al señalar Séneca que: "la explotación de las indefensas criaturas para la supervivencia de los padres, por medio de la extracción de un ojo o la amputación de una pierna con la finalidad de convertirlo en pordiosero", hechos como estos pueden observarse hoy, en pleno siglo XX (28). En el siglo XIX, al niño se le hizo trabajar en las minas y en las fábricas inhumanamente explotados, en la Gran Bretaña; también en dicho país, durante la revolución industrial, los padres enviaban a sus

hijos a los molinos... en los que debían trabajar doce horas diarias brutalmente azotados por tiranos supervisores desde que eran poco más que bebés (16).

En México a través de la historia ha existido el maltrato al menor. en el Codice Mendocino, se reconocen algunas pautas de conducta ancestral en la educación o castigos actuales de ciertos grupos culturales; tenemos el caso de los grupos masahuas, en los que al niño desobediente se le obliga a inclinar la cabeza sobre el humo de chiles tostados; castigados por no saber la lección, aparece otro infante incado sobre corcholatas, con los brazos en cruz, abandonándolo luego en un sotano humedo por la noche; en otro grupo se le cuelga al niño por los cabellos de las sienes, mientras se le golpea con varas, o se le hinca sobre grava, mientras sostiene una gran piedra con su cabeza (28).

Se puede decir que las necesidades esenciales de los niños han empezado a ser reconocidas en este siglo XX, y han habido avances, pero aún las necesidades de muchos de ellos no se han cubierto.

Estados Unidos fue el primer país, que al observar que el abandono de niños había alcanzado proporciones de crisis, al presentarse casos muy sonados de infanticidio, abandono, maltrato físico

y descuido deliberado. fue en el año de 1961 donde hubo mayor avance con el Dr. C. Henry Kemple, de la Universidad y Hospital de Colorado, en que investigando ochenta distritos de la Unión Americana, se publicaron estudios sobre la incidencia nacional del Síndrome del Niño Golpeado. Posterior a esto, el interés al respecto cundió en todos los niveles y aparecieron mas de trescientas publicaciones alucivas en los siguientes cinco años; fue tal el estallido de información, que inmediatamente se realizaron investigaciones, surgieron libros científicos y de difusión popular, algunas leyes se modificaron, se formaron agencias especiales, campañas publicitarias y asociaciones protectoras; fueron publicados articulos en revistas del hogar y de otra indole; a través de los medios masivos de comunicacion se hicieron publicas mesas redondas, conferencias y entrevistas; se integró la Asociación de Padres Anonimos, cuya función es evitar el maltrato proporcionando apoyo a los padres de alto riesgo (2).

Antes de esto en 1923, Eglantine Gebb, fundadora del "Save The Children Fund", redactó la declaración de los derechos del niño en Ginebra, Suiza, y no fue hasta 1959 en que la ONU formuló y modificó esta declaración.

Esto ha originado la creación de organismos a nivel mundial que se preocupan por el cuidado y la atención del niño, tales como la UNICEF, creada en 1946 con el propósito de atender las necesidades de urgencia de los niños en tiempos de guerra o de otros desastres en todos los países del mundo.

También se han llevado a cabo una serie de reuniones internacionales y nacionales en pro de la protección al niño de las que se menciona una como es la de 1959 en la catorceava Asamblea General de las Naciones Unidas, en donde se aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, y la formación de la Sociedad Internacional del Niño Maltratado con sede en Denver U.S.A.

En México no se cuenta con información estadística ni existe una organización específicamente dedicada a la investigación, prevención y atención del mencionado problema, sin embargo diferentes especialistas de América Latina han acudido a México en busca de asesoría. En 1978 y 1979 se realizaron reuniones de procuradores y como resultado varios estados trataron de adoptar ciertas medidas correctoras, pero no contaron con los apoyos suficientes. En noviembre de 1986 se llevo a cabo el III Congreso Latinoamericano sobre Maltrato al Menor, en donde se formularon propuestas muy importantes para su prevención.

La investigación realizada en México, acerca del Síndrome del Niño Maltratado consignada en el libro "El Maltrato a los Hijos", dio la pauta que despertó el interés por el estudio y prevención de dicho síndrome y a que en 1977 se realizara el Primer Simposium Nacional sobre "Identificación y Prevención del Síndrome del Niño Maltratado" con sede en México D.F., que obtuvo como una de las conclusiones finales más importantes la necesidad de crear un "Centro Piloto" orientado a la atención integral del mencionado problema, bajo los siguientes propósitos:

- Integración de grupos multidisciplinarios.
- Concientización sobre el problema en el área pediátrica.
- Estudio integral de los padres agresores.
- Legislación sobre el menor.
- Conformación de grupos de rescate.
- Inclusión de los derechos del niño en los libros de texto (34).

Los organismos a nivel nacional que directamente intervienen en la atención del niño son: el DIF, a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor; la Asociación Pro Derechos de la Niñez "APRODENI", y algunos organismos de promotores voluntarios, así como la Secretaría de

Salud a través de sus programas de atención Materno-Infantil.

Panorama epidemiológico en México.

No obstante, que el maltrato a los niños alcanza proporciones alarmantes en el mundo, solo algunos países dejan constancia de estos actos en forma de estadísticas como son: Estados Unidos, Inglaterra, Japón, entre otros.

En México, a partir de 1976 en que el Dr. Jaime Marcovich realizó la primera investigación, con un análisis de 696 casos, extractados de notas periodísticas publicadas en un periodo aproximado de 14 años, no siendo información de cobertura total, ya que los casos son de predominio en el D.F. (17%), pero se observa la presencia del problema en todo el país (28); posteriormente hubo otro análisis sistemático de los datos registrados dentro del programa DIF-PREMAN, en el periodo de mayo de 1982 a marzo de 1983, que comprendió un total de 834 denuncias (9); la información obtenida más reciente sobre estudios acerca del niño maltratado, es el publicado en junio de 1990 por la revista "Higiene" de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, que consiste en un estudio comparativo de la situación del entorno psicosocial de padres maltratadores y no maltratadores en una área urbana, obtenidos a

partir de casos detectados por el Instituto Nacional de Pediatría (18).

Así tenemos como dato relevante de los tres estudios analizados lo siguiente:

Como principales características del agresor sobresale el hecho de que el 44% corresponde a la madre, la edad oscila entre los 33 a los 35 años promedio, el 61% son amas de casa, el 22% tienen escolaridad de primaria incompleta, el 51% presenta problemas emocionales, el 19% alcoholismo y el 38% gana menos del salario mínimo.

En cuanto al agredido se destaca que el mayor índice de niños oscila entre los 4 a 6 años de edad, predominando ligeramente en el sexo masculino en un 47.5%, femenino 45.6%, y el 6.9% el denunciante no lo precisó (9).

Por lo que toca a las lesiones causadas sin producir la muerte, predominan las quemaduras con cigarrillos, hierros calientes, etc. en un 33%; los azotes con reatas mojadas y cinturones el 27%; las llamadas misceláneas el 21% que abarca todo tipo de aberraciones, en ocasiones inimaginables; de las que causan la muerte predomina el ahorcamiento con corbatas o cuerdas en un 42% y las misceláneas el 33%; la mortalidad es del 55%.

En lo referente a la procedencia de la denuncia, predomina la autodeterminación en un 66%

de los casos, el 23% la institución y el 0,5% solamente el medico particular.

Las características que predominan en las familias son: el 34% desintegradas, el 42% casados, el 40% en unión libre, el 44% tienen de 2 a 4 hijos, el 38% de 5 a 7; el 66% habitan en zona urbana, el 34% en vecindad, el 22% con una sola recámara; el 72% no pertenecen a alguna institución de prestaciones sociales.

Las causas que predisponen hacia la agresión se manifiestan como: el 23% por pedir comida, el 21% por no poderlos mantener, el 21% por no traer dinero; es decir por causas socioeconomicas el 64% y el resto, por mal comportamiento.

Estos ejemplos de estudios en diferentes épocas manifiestan el interés que el problema ha despertado en los profesionales de la salud y de la sociedad en general, pero también, las semejanzas en sus resultados, demuestran que los esfuerzos realizados, no han logrado disminuir el problema y que la crisis socioeconomica y cultural que se vive, aumentan la incidencia del problema.

Tipos de maltrato.

El fenomeno del niño maltratado se puede definir como ya dijimos antes, en sentido estricto o amplio. El maltrato de los niños no se puede tipificar en uno o varios aspectos, ya que además

de las lesiones físicas, puede existir: abuso sexual, cuidado y protección insuficiente, supervisión física pobre, descuido de las necesidades médicas, abuso emocional como el rechazo extremo que produce desmedro y la negación de las necesidades nutricionales. Es frecuente que se inflinjan más de un tipo de maltrato a un mismo niño.

En este apartado se presentan brevemente los tipos más frecuentes de maltrato.

Maltrato físico:

Los padres suelen atribuir las lesiones a alguna acción del niño que no corresponde a su edad o a sus capacidades. Son comunes las contusiones por golpes, las lesiones cefálicas, las fracturas, los hematomas, las quemaduras de cigarrillos en el cuerpo, las manos quemadas por exposición dentro de un horno caliente o incluso las quemaduras de todo el cuerpo por inmersión en un baño caliente; es común también la presencia de cardenales causados por azotes con cuerdas o alambres. La muerte cuando ocurre, por lo general se debe a hematoma subdural o lesiones intraabdominales.

Maltrato sexual:

El maltrato sexual de niños ha existido en todas las épocas y culturas, pero pocas veces se

le ha admitido cuando es cometido por los padres u otros parientes con acceso a la casa. Este tipo de maltrato debe manejarse con cuidado en aras del bienestar del niño, a fin de prevenir que ocurra un mayor trauma emocional. Sin embargo, es difícil para los integrantes del equipo de salud que atiende a estos niños, reprimir sentimientos de ira y disgusto contra el agresor. Se considera este tipo de maltrato digno de ser estudiado en forma particular y amplia, por lo que solo se analizarán los otros tipos de maltrato.

Maltrato emocional:

El niño puede resultar lesionado gravemente, por el rechazo emocional, como por los golpes físicos. La indiferencia, la falta de amor o el rechazo total pueden surgir porque el niño no responde a las expectativas de los padres. Una forma muy drástica de trauma emocional tiene lugar, cuando se obliga al niño a permanecer en un sitio cerrado, se le aísla en una habitación durante largos períodos o se le abandona en un sitio extraño.

Maltrato nutricional:

Son muchos los niños alimentados insuficientemente a raíz de la indiferencia o el rechazo de la madre, o por la preocupación excesiva de esta por sus propias necesidades y no

las de su hijo. Las formas pasivas de abuso, como falta de cuidados maternos suficientes al inicio de la lactancia, producen un niño que desmedra; estos lactantes tienen aumento de peso deficiente y diversos problemas de alimentación y digestivos, basados sobre todo en una relación materno infantil alterada, por falta de amor, preocupación o capacidad para afrontar las demandas del pequeño en desarrollo; otros padres privan a sus hijos de alimento o incluso de agua como un castigo por una travesura real o imaginaria.

Etiología.

Al enfrentar casos de niño maltratado, el profesional del área de la salud, comienza a interrogarse sobre lo que ha pasado en la relación padre e hijo o cuidador y niño. El maltrato no es un problema social singular y aislado; como la mayoría de los problemas sociales, está estrechamente relacionado con otros problemas que afectan al individuo y a la familia; las investigaciones revelan motivaciones profundas, de las que los padres maltratantes se muestran a menudo inconscientes.

Las causas más frecuentes de maltrato infantil son:

-El desplazamiento de un conflicto del adulto hacia el chico, ya que por ejemplo resulta menos

amenazante descargar en un niño la ira que va dirigida hacia el conyuge.

-La frustración y la ambivalencia intensa de los padres ante un niño con limitaciones físicas y/o intelectuales.

-La adopción de actitudes autoritarias irracionales e impositivas, porque los padres mismos son o han sido víctimas de este tipo de autoridad.

-El miedo a perder la autoridad sobre los hijos.

-La sensación de fracaso y frustración que los padres sufren cuando su hijo no responde a expectativas poco realistas.

-La herida sentimental que un progenitor siente cuando uno de sus hijos se liga amorosamente mas al otro progenitor, durante un conflicto conyugal serio.

-La agresividad o destructividad, como resultado de la impotencia, dichas actitudes agresivas hacia los hijos son el resultado de una vida no realizada, no creativa, mutilada: muchos casos de niños golpeados caen en este grupo.

-Los progenitores que no desean tener hijos y por ignorancia o presiones socioculturales y religiosas los tienen.

-Envidia y celos ante los hijos adolescentes como expresión del miedo a perder el control, que es una variante del miedo a la soledad.

-Los padres alcohólicos, drogadictos o desempleados son más propensos a maltratar a sus hijos.

-Múltiples embarazos y por consecuencia familias numerosas (28).

Se ha estimado que el maltrato va relacionado con la explosión demográfica y el alto nivel de stress ambiental. La combinación de factores es patente y vale la pena analizar por separado al agresor, a la víctima y a la situación o medio en que se efectúa la agresión.

Cabe destacar, el hecho de que en su gran mayoría, la agresora es la madre, y que esto no obedece exclusivamente a que es la persona que más permanece al lado del niño, sino también a las condiciones importantes en nuestro medio, que hacen del matrimonio y de la maternidad una trampa para mujeres expuestas a continuas experiencias humillantes, frustrantes, esclavizantes, generadoras de profundos resentimientos canalizados hacia los hijos (4).

Prevención.

Los países que han iniciado acciones para prevenir el maltrato a los niños, no han

encontrado la solución idónea para erradicar este problema; sin embargo, las medidas preventivas en muchos de los casos, han dado resultado a través de los programas de difusión, de participación de grupos especializados, organizaciones oficiales y particulares, entre otros. Los aspectos de prevención pueden enfocarse a dos momentos: uno cuando se actúa antes de que exista la agresión y otro, después de un hecho consumado para evitar nuevas agresiones (34).

El conocimiento de las situaciones que pueden causar malos tratos y abandono de los niños, ayuda a identificar ciertas familias expuestas a riesgo. Las madres jóvenes que pueden estar rebelándose contra sus padres, pertenecen al grupo de riesgo elevado. Además los hechos acaecidos durante el embarazo, el parto o la fase precoz de la lactancia que resulten dolorosos, traumáticos o que aumentan el riesgo de mortalidad infantil, debilitan los lazos afectivos de los padres hacia el hijo. Por esta razón, durante el embarazo, el periodo neonatal y la lactancia, las indagaciones pueden indicar los sentimientos de los padres sobre la suficiencia para procurar el bienestar del niño. ¿Hasta qué punto pueden tolerar a un niño pequeño en casa?, ¿proporciona apoyo físico y moral el padre a la madre?, ¿tienen parientes o

amigos que los ayuden? El médico o la enfermera que se mantienen alerta respecto a la posibilidad de malos tratos y abandono del niño, pueden proporcionar el apoyo necesario para evitar estos trágicos problemas de salud.

Para lograr la prevención de este problema, se considera importante sensibilizar a la comunidad, para que acepte la existencia del mismo y alentarla para que dé ayuda para combatirlo, haciendo del conocimiento de las autoridades competentes la presencia de casos de maltrato. Es necesario orientar a la pareja durante el periodo prematrimonial y prenatal, en relación a la paternidad responsable, así como, mediante la investigación sobre las conductas económicas y psicosociales, que permitan identificar predisposiciones hacia el maltrato.

Otras medidas de prevención importantes son:

Establecer una base jurídica sobre los derechos del niño, ante la familia y la sociedad en general.

En las escuelas de educación básica incluir temas formales sobre educación de la sexualidad y valores éticos para la formación de la familia.

Combatir el alcoholismo, la prostitución y el desempleo como factores casuales que generan el síndrome de niño maltratado; establecer la

obligación a las parejas que van a contraer matrimonio, de acudir a pláticas de orientación familiar.

Preparar personal especializado, al cual acuden los padres potencialmente agresores, para recibir ayuda psiquiátrica o legal.

Organizar conferencias, congresos y eventos relacionados con el problema para los profesionales de la salud.

Incluir en los programas de educación superior en el área de salud y ciencias sociales, información sobre el problema.

Establecer normas hospitalarias generales al respecto, aplicando historias clínicas específicas para casos de niños maltratados (anexo 1).

Continuar por largo plazo el tratamiento psicológico del niño y la familia.

Participación de organismos gubernamentales previa capacitación en el problema.

Establecer casas-hogar o lugares especiales para custodia del menor mientras se trata a los padres para su rehabilitación.

Diagnóstico.

En la actualidad es más frecuente que en los hospitales, al recibir un niño con lesiones, se establezca un diagnóstico; aunque esto no será posible en los primeros contactos, la sospecha del

síndrome debe iniciarse en la mente del médico y la enfermera, pues se considera que ambos se han sensibilizado ante el problema.

El diagnóstico diferencial en la actualidad, debe efectuarse no solamente en los casos de maltrato físico ante la presencia de traumatismos, equimosis, quemaduras y otras formas de lesión más refinadas producidas por la mano del hombre, sino también aquellos en los cuales la negligencia y abandono hacen mella en la salud del niño.

En la mayoría de los casos, el maltrato puede sospecharse clínicamente por algunas características de los niños, ya que parecen excesivamente temerosos de sus padres o de las personas mayores que se les acercan, muestran evidencia de escasa atención general, parecen estar subalimentados, presentan retraso psicomotor, lloran a menudo, están vestidos en forma inapropiada para el clima, presentan lesiones en la piel de diferentes grados de evolución; los padres lo describen como un niño "diferente" o "malo", refieren que es notablemente destructivo y agresivo o bien, que es tímido e indiferente, relatan historias increíbles para explicar las lesiones del niño; no es difícil advertir cuando se entrevistan por separado a los padres como caen en contradicciones y que en

ocasiones el padre golpeador, muestra poco interés por la salud de su hijo, no siendo raro que el niño sea abandonado en la institución. Un aspecto significativo es el retardo con el que llevan al niño a consulta, obviamente, las condiciones en que llegan al hospital en la gran mayoría de los casos, es en un estado lamentable, moribundos y en el peor de los casos, muertos (28).

Tratamiento y rehabilitación.

La solución al problema no se encuentra en el interior de un hospital, ni tampoco al salvarle la vida a un niño seriamente dañado y restituirlo sano y salvo al medio familiar; la situación es más seria de lo que a primera vista parece, los malos tratos para con el niño, deben considerarse como un sintoma de desorganización familiar que extiende tentáculos en todos los aspectos del desarrollo de la sociedad y de los pueblos. La solución no es solo competencia del pediatra, psiquiatra o médico general, sino que es un problema que atañe obligadamente a legisladores, penalistas, clérigos, gobernantes y profesionales del área de la salud.

Debemos suponer que del manejo adecuado de este problema, depende que la familia y por ende la sociedad conserve o recupere su equilibrio y armonía. La solución de este grave problema es más

difícil, por que no solo involucra a un niño con alteraciones de la salud como consecuencia de una agresión sufrida, sino que también afecta a la familia. De primera intención se antoja, que el enjuiciamiento y encarcelación del culpable son la solución lógica, sin embargo, analizando la situación probablemente el futuro de esa familia esté en juego, y resulte ser más grave el remedio que la enfermedad, pues si es el padre el culpable, siendo el sostén económico del hogar, al ser recluido automáticamente la familia queda en desamparo, si es la madre y existen más hijos, no tendrán quien los atienda y quien conserve la unidad de la familia.

Se han intentado y propuesto diversas formas de tratamiento y rehabilitación que a continuación se exponen.

Medidas medicas, consisten en: conocer el problema y elaborar el diagnostico clinico: una vez realizados el reconocimiento físico, pruebas y análisis que determinen la naturaleza de las lesiones se toman la providencias correspondiente para cada caso en concreto, ya que en ocasiones se requerirá de intervención quirúrgica, de procedimientos de rehabilitación u otros tratamientos especiales. Es necesaria la consulta con otros servicios como el departamento de salud

mental, Trabajo social, etc., las afecciones psíquicas producidas en el niño deben ser atendidas para ayudarlo a integrarse positivamente a la sociedad.

La atención psicológica del agresor es necesaria para lograr modificar su conducta, contribuir a elevar su propia estima creando o desarrollando sus valores éticos.

Medidas sociales: es necesario procurar el reconocimiento del problema por la sociedad y fomentar la cooperación de la comunidad estableciendo un programa de servicio social que mantenga investigación continua, precisa y completa de los casos sospechosos: instituir programas de educación para la salud a la familia y la comunidad.

La separación del niño del medio de peligro y del ámbito de los malos tratos, facilite el tratamiento y la rehabilitación: la separación no debe ser definitiva, lo indicado es que se someta a los agresores a un tratamiento de rehabilitación y procurar el retorno gradual del menor al hogar, observando que esta reincorporación sea en el momento oportuno; en casos especiales, tal vez sea necesario separar al niño definitivamente y darlo en adopción como una forma de facilitar el tratamiento y rehabilitación: en México, los

familiares cercanos a los padres pueden reclamar legalmente la patria potestad del menor, siempre que garanticen su atención.

El objetivo del tratamiento, en sentido amplio, es ayudar a la familia a alcanzar un estilo de vida más saludable y satisfactorio con el pequeño, sin correr el riesgo de rechazarlo o producirle lesión.

Consecuencias.

El maltrato en el niño, produce consecuencias de lesiones y secuelas físicas y mentales que pueden ser susceptibles de recuperación, pero en ocasiones son irreversibles y se convierten en un problema para el niño y para la sociedad. Estas son algunas de ellas:

Alteraciones de la salud:

Retraso en el desarrollo psicomotor, malformaciones óseas y musculares que impiden su movimiento normal, retraso mental, hemiplejía, invalidez motora o sensorial, epilepsia, susceptibilidad a las infecciones, agresividad, retraso en el crecimiento.

Problemas escolares:

Los niños maltratados, no encuentran estímulo ni reconocimiento para sus esfuerzos, solo conocen la crítica, la indiferencia y el desprecio, se sienten rechazados por sus padres y pueden

proyectar este sentimiento hacia sus maestros. Por otra parte su estado emocional es de gran tensión y angustia, lo cual impide una conducta escolar positiva ya que además son niños mal nutridos, descuidados, que sufren malas condiciones de vivienda, lo cual contribuye a que presenten problemas y deficiencias escolares (anexo II).

Muerte:

Se presenta con frecuencia, como resultado de gravísimas lesiones cerebromeningeas o viscerales como rotura del hígado, mesenterio o intestinos, o de cualquier otra lesión, la frecuencia de los casos de muerte se debe a la debilidad y fragilidad propia del niño, así como, a la extraña e inaudita crueldad con que son tratados por parte de los agresores.

Conductas juveniles antisociales:

Se dice que el castigo corporal hace al joven brutal, niega la dignidad espiritual de la personalidad y finalmente embrutece al que pega. Los jóvenes criminales o corrompidos, en la mayoría de los casos han recibido demasiados azotes. El niño que sufrió malos tratos, no solo de índole física, llegará a la edad adulta, en muchos casos, carente de conceptos de solidaridad humana, de respeto a los individuos, y a la comunidad, con sentimientos de odio, le será

dificil adaptarse a la vida colectiva y por los malos tratos, tiene una reaccion de conducta antisocial.

Farmacodependencia:

Los malos tratos a los niños, provocan un fuerte grado de desasosiego, angustia y sufrimiento, tanto en la infancia como en la adolescencia, por lo que la farmacodependencia puede presentarse como una forma de evasión de la realidad, huida ante las compulsiones familiares y los malestares psicicos y fisicos: la droga puede significar para el sujeto que fue o es maltratado un sosten ilusorio en los momentos de inseguridad personal (27).

Prostitucion:

Es importante hacer notar que un alto indice de prostitutas, proviene de familias desintegradas o inestables, de uniones ilegítimas. La extrema rigidez y la severidad familiar, muchas veces asociada a los malos tratos produce sensaciones de inseguridad, inestabilidad y peligro, que pueden originar que el niño o la niña, aproveche una ocasion propicia para huir del hogar y, ante la escasa o nula preparacion para subsistir, cae en el comercio carnal. Pero tambien hay casos insolitos en que los mismos padres prostituyen a sus hijos, algunas veces a corta edad.

Suicidio:

La autodestrucción o privación intencional de la vida por el propio individuo, es un acto impulsivo realizado muchas veces en un momento de irracionalidad transitoria. muchas veces es producto de una profunda reflexión, y se llega a esta decisión cuando se han agotado todas las soluciones vitales imaginadas por el sujeto (32).

Agresividad hacia los hijos, proyección hacia la nueva familia:

Como ya se ha visto, muchos adultos agresores, fueron a su vez niños maltratados que tuvieron infancias desafortunadas y estas situaciones se manifiestan en la edad adulta. El niño golpeado crece con una gran carga de agresividad reprimida que va a proyectar hacia la nueva familia, pues es muy probable que sea el adulto el que maltrata a la mujer y los hijos. Además del maltrato físico, el sujeto puede ser negligente en el cumplimiento de sus obligaciones dentro del hogar y el mismo cuadro familiar deteriorado, negativo, inestable, en el cual se desarrolló en su niñez, se va a repetir en su nueva familia (38).

Bases jurídicas y derechos del niño:

En nuestro país la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra en su artículo 4o., el derecho de los niños a ser

protegidos por sus padres por las instituciones gubernamentales. La preocupación del gobierno por modificar las leyes en beneficio del niño, se manifiesta al haber derogado en 1984 el artículo 294 del Código Penal para el Distrito y Territorios Federales que establecía: "No hay mayor responsabilidad del padre o la madre que golpea a sus hijos, en los casos en que las lesiones tardan en sanar menos de 15 días, excepto en los casos de excesiva crueldad" dejando vigente el artículo 295 que dice: "Al que ejerciendo la patria potestad, o la tutela infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones; suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos" (22).

Otros artículos importantes que rigen la protección legal del niño, se contienen en el código penal de los estados, por ejemplo, en el de Michoacán tenemos lo siguiente:

Art. 164.- Se aplicará prisión de 2 a 6 años y multa de mil a cinco mil pesos, al que procure o facilite la corrupción de un menor de 18 años o lo induzca a la mendicidad.

Art. 221.- Al que sin motivo aparentemente justificado incumpla respecto de sus hijos, cónyuge o cualquier otro familiar el deber de

asistencia que este obligado, omitiendo administrarle los recursos necesarios para atender sus necesidades de alimentación, casa, vestido y educación, se le aplicará prisión de 6 meses a tres años y se le privará de sus derechos de familia. Si del abandono resultare la muerte, se aplicarán de 2 a 8 años de prisión. Si resultaren lesiones se aplicarán hasta las dos terceras partes de la sanción que correspondería a estas.

Los derechos del niño los tutelan también las leyes civiles, como en el Código Civil del Estado de Michoacán, en sus artículos:

303.- Los padres están obligados a dar alimento a sus hijos. A falta o por imposibilidad de los padres, la obligación recae en los demás ascendientes por ambas líneas que estuvieran mas proximas en grado.

308.- Los alimentos comprenden: comida, vestido, habitación, asistencia médica. Respecto de los menores, los alimentos comprenden además los gastos necesarios para la educación primaria del alimentista y para proporcionarle algun oficio, arte, profesión honestos y adecuados a su sexo y circunstancias personales.

335.- Al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a si mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarle se le aplicaran de

un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privandolo además de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente o tutor del ofendido.

En Mexico a partir de 1979 fueron promulgados los derechos del niño, basados en la declaración aprobada por la ONU en 1959:

1.- El niño tiene derecho a la igualdad sin distincion de raza, credo, o nacionalidad.

2.- Tiene derecho a una proteccion especial para su desarrollo físico, mental y social.

3.- Tiene derecho a una alimentación, vivienda, atencion médica adecuada para el niño y la madre.

4.- Tiene derecho a un nombre y a una nacionalidad.

5.- Tiene derecho a una educacion y cuidados especiales físico mentales.

6.- Tiene derecho a la comprension y amor por parte de los padres y la sociedad.

7.- Tiene derecho a recibir educación gratuita y disfrutar de los juegos.

8.- Tiene derecho a ser primero en recibir ayuda en caso de desastre.

9.- Tiene derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo.

10.- Tiene derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos.

3.- Participación de enfermería en la atención del niño maltratado.

La participación de enfermería, es de gran importancia en las actividades que a nivel hospitalario, familiar o comunitario se lleven a cabo; por lo que se estima necesario que la enfermera tenga amplio conocimiento de lo referente al síndrome de niño maltratado, a fin de que su colaboración esté a nivel de los demás profesionales de la salud dedicados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de este problema.

Se menciona a continuación las acciones de enfermería en los tres niveles de prevención:

a) Prevención primaria.

-Promoción para la salud:

Orientar a la población sobre las medidas generales que le permita mantener un estado de salud óptimo y sobre las actividades relacionadas con el autocuidado para la salud.

Dar orientación prenatal y postnatal sobre educación sexual, paternidad responsable, derechos y obligaciones de los miembros de la familia.

Sensibilizar a la comunidad sobre este problema social, haciendo amplia difusión del mismo.

Educación a la familia sobre paternidad responsable, planificación familiar y derechos y obligaciones.

Promoción de prácticas de recreación e higiene mental para la población en general.

-Protección específica:

Orientación, seguimiento y canalización a quienes están predispuestos a enfermedades físicas o emocionales, como madres adolescentes, solteras, familias numerosas o situación conyugal inestable; padres alcohólicos, drogadictos, desempleados y en general las familias potenciales al maltrato (anexo III).

Participación en campañas para detectar o corregir la inestabilidad familiar, evitando el aislamiento social, ofreciendo ayuda especializada cuando lo amerite el caso.

b) Prevención secundaria.

-Diagnostico precoz:

Colaborar con el equipo de salud en el interrogatorio a los padres del niño maltratado, para elaborar la historia clínica (anexo IV).

Detectar los primeros indicios de niño maltratado, ya que la enfermera en el hospital.

por lo regular es la primera persona que tiene contacto con el paciente y sus familiares.

Participar en la exploración física, estudios y tratamiento que se le practiquen al niño.

-Tratamiento oportuno:

Proporcionarle atención al niño, tanto médica como psiquiátrica de enfermería, según el tipo de lesiones y las necesidades que presente.

Participar como enlace entre los departamentos e instancias de apoyo de la institución y oficiales que deben tener condiciones del caso.

-Limitación del daño:

Orientar a la familia sobre los mecanismos a seguir para el tratamiento y rehabilitación del menor.

Proporcionar al paciente los cuidados de enfermería en forma eficiente a fin de evitar complicaciones y; colaborar en los tratamientos especializados.

c) Prevención terciaria.

-Rehabilitación:

Orientar a la familia a fin de fomentar la participación de la misma y del agresor en terapias psicológicas y psiquiátricas, así como en la conveniencia de la separación temporal o definitiva del hogar al niño, procurando que en su

nueva estancia existan las condiciones óptimas para su desarrollo.

Principales objetivos generales de la asistencia de enfermería al niño en el hospital.

1.-Inspeccionar el cuerpo de todo niño admitido al hospital para buscar signos de abuso.

2.-Observar y registrar la información pertinente respecto a la relación de padre e hijo.

3.-Fomentar una relación de confianza con el niño que puede tener miedo a los adultos.

4.-Fomentar una relación con los padres que les aliente a aceptar guías y les ayude a resolver su problema.

5.-Instruir a los padres respecto al crecimiento y desarrollo normal y el autocuidado de la salud.

6.-Instruir a los padres respecto a como usar la disciplina sin recurrir a la fuerza física.

7.-Brindar apoyo a los padres y al niño cuando se ha decidido alejar a éste del hogar.

8.-Saber reconocer al niño que tiene posibilidad de que se abuse de él (6).

III. HISTORIA CLINICA

1.- Datos generales.

Nombre: S.G.B.
Edad: 1 año, 10 meses.
Sexo: Masculino.
Religión: Católica.
Nacionalidad: Mexicana.
Lugar de residencia: San José, Mpo. de
Tarimbaro, Michoacán.
Fecha de ingreso: 29 de enero de 1991.
Servicio: Traumatología.
Número de cama: 6.

2.- Antecedentes heredofamiliares.

Abuelos paternos en aparente buen estado de salud; abuelo materno muerto, asesinado; abuela materna viva, padece de "lumbalgia"; padre de 30 años de edad, dedicado al campo, tabaquismo negativo, alcoholismo ocasional (sábado), sin llegar a la embriaguez desde los 19 años, no refiere problemas de salud, aparentemente sano; madre de 26 años de edad, dedicada al hogar, frecuentemente ayuda al esposo en las labores del campo, tabaquismo negativo, alcoholismo ocasional

sin llegar a la embriaguez, antecedentes ginec obstétricos: G-4, P-4, A-0, C-0; no señala problemas de salud importantes; el paciente tiene tres hermanos: un niño de 10 años, y dos niñas de 8 y 3 años; la madre refiere que todos se enferman frecuentemente de gripa y diarrea, no refiere otros problemas.

3.- Antecedentes patológicos personales.

El paciente no cuenta con esquema de vacunación, ocasionalmente se las aplican en las campañas de vacunación, sin especificar cuales; ha presentado cuadros frecuentes de diarrea con hospitalización a los 11 meses de edad por deshidratación, niega otros problemas de salud. El paciente se ve de complexión delgada con signos de malnutrición.

4.- Antecedentes no patológicos personales.

Producto del cuarto embarazo, que cursó sin control médico prenatal; parto atendido en el hogar por partera empírica; recibió seno maternal hasta los 11 meses; ablactación a los 8 meses con papillas de frutas y verduras, no recuerda la fecha en que se sentó o en que comenzó a caminar, pero la madre refiere que fue poco después del año, igual que los demás. La madre informa que el niño no padece de alergias a alimentos o a

medicamentos (penicilina) ya que se la han aplicado algunas veces.

5. - Niveles y condición de vida.

Habitación: casa propia de construcción rústica de adobe, con techo de lámina, cuenta con dos cuartos, uno que es para dormir y el otro es cocina y estancia, cada uno tiene su ventana, cuenta con luz eléctrica.

Servicios sanitarios: eliminación de excretas a ras de tierra, la basura la tiran en el patio y en ocasiones la queman, cuentan con agua de pozo en cantidad suficiente pero no en calidad.

Vías de comunicación: en la comunidad hay calles trazadas no pavimentadas, por donde transitan algunos automóviles particulares y animales domésticos, no cuenta con teléfono, los medios de transporte para otras poblaciones son camiones públicos.

Recursos de salud: en la comunidad no existe ningún médico, sólo una partera empírica, y algunos hierberos, por lo regular asisten al centro de salud cercano o a la ciudad de Morelia, en ocasiones se automedican, ya que no cuentan con afiliación a alguna institución.

Hábitos higiénicos: al niño lo baña cada tercer día y refiere cambiarlo diario de ropa, le lava las manos "seguido", los demás se bañan cada

tercer día, aunque los niños son muy flojos, señala la madre, el lavado de manos es frecuente y de los dientes diario.

Alimentación: el niño toma leche dos veces al día, los demás alimentos son igual que todos los miembros de la familia, como son: carne de pollo y de res una vez a la semana, huevo frecuentemente, pescado ocasionalmente; verduras a diario, como también frijoles, sopas y tortillas; algunas veces compra frutas, procurando darle más al niño, sobre todo platano; le da galletas o pan y todos toman té.

Otros: el niño no controla esfínteres, pero cuando está sano evacua el intestino una vez al día y la vejiga varias veces, juega en la casa en el piso con carritos, sale con su mamá a mandados o con su papá y hermano mayor, duerme una o dos horas en el día; es caprichudo.

Las diversiones de la familia son oír radio, ver televisión; el papá va los sábados a ver jugar fútbol con su hijo mayor y amigos; la mamá platica con las vecinas, a ambos les gusta leer novelas; el niño mayor va a la escuela pero no le gusta; en ocasiones salen todos a Morelia; refieren que las relaciones de la familia son buenas, aunque algunas veces hay riñas conyugales.

6.- Problema actual.

Se inicio el dia de ayer, al ser el niño agredido por un amigo de su padre al que se lo habian encargado, recibiendo golpes contusos en diferentes partes del cuerpo, principalmente en cara y cráneo, motivo por el cual fue llevado al Centro de Salud de la poblacion más cercana en donde fue atendido de urgencia, suturándole una herida cortante en labio superior con dos puntos y otra en la barbilla con otros dos. Es enviado a esta institución de Morelia para su mejor tratamiento; se decide internarlo para mantenerlo bajo observacion, hacerle estudios, proporcionarle atención y valoración neurológica, se desconoce si el niño perdio el conocimiento o no, ya que algunos testigos dijeron que si y otros que no.

7.- Exploracion física.

El paciente se encuentra consciente, irritable, lloran, con presencia de equimosis palpebral bilateral, siendo más pronunciado en el lado derecho, equimosis y hematoma frontal izquierdo y heridas cortantes ya suturadas en labio inferior y parte media de la barbilla; frecuencia cardiaca de 130x', frecuencia respiratoria 25x', temperatura de 38 grados centigrados, peso de 6.800 kg.

Cabeza: normocéfala, pelo bien implantado, sin endo ni exostosis.

Cara: hematoma y equimosis frontal izquierdo, edema y hematoma palpebral bilateral, siendo mas aparente en ojo derecho.

Cuello: presenta leves escoriaciones.

Torax: pulmones limpios y sin compromiso.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpacion superficial, no presenta signos de visceromegalias, peristalsis normal.

Extremidades y demás partes de su cuerpo sin compromiso.

8.- Evolucion intrahospitalaria.

El niño se recibe en el servicio de urgencias, se le canaliza vena para instalar venoclisis, se solicita interconsulta con el neurologo, radiografía de craneo y estudios de laboratorio, el paciente se mantiene tranquilo bajo los efectos del sueño, en ocasiones se inquieta ante la ausencia de la madre. Se envía al servicio de traumatología debido a la contusion y para que la madre pueda estar con el. Se da aviso al departamento de Salud Mental, por tratarse de un paciente con síndrome de niño maltratado.

9.- Diagnostico médico.

Síndrome de niño maltratado con traumatismo craneoencefálico y policontundido

IV.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Lactante mayor, masculino de 22 meses de edad, con peso de 8.800 Kg., irritable y lloron que aumenta con la presencia de extraños. Se le observa equimosis y edema palpebral bilateral, acentuado en el lado derecho; equimosis y hematoma frontal izquierdo; herida cortante en el labio inferior y en la parte media del mentón, ya suturados y en proceso de cicatrizacion; escoriaciones alrededor del cuello. Se advierten problemas socio-economicos y culturales en la familia, por la forma de vestir, de expresarse de los padres, asi como su aspecto fisico que reflejan en el niño como en la madre mal nutricion y mala higiene personal. La madre señala tener temor hacia las implicaciones legales y económicas de lo ocurrido.

V. - PLAN DE ATENCION

Objetivos:

1.- Estructurar un plan de atención integral de enfermería que conjuntamente con el equipo de salud de la institución, permita resolver los problemas del niño y, a la vez, satisfacer sus necesidades durante el tiempo en que se encuentre hospitalizado.

2.- Orientar a la familia sobre aspectos de salud que permitan mejorar la calidad de vida del paciente y demás miembros que la integran de acuerdo a sus propias características.

3.- Orientar y canalizar a la familia hacia los apoyos legales, a fin de resolver la situación en forma positiva en relación al problema del maltrato al menor.

Problema:

Traumatismo craneal y politraumatismo.

Manifestación del problema:

Equimosis y edema palpebral bilateral acentuado en lado derecho. equimosis y hematoma frontal izquierdo.

Razón científica de las manifestaciones del problema:

Los incidentes de maltrato físico del niño, pueden presentarse como resultado de una acción disciplinaria llevada a cabo por el abusador, quién reacciona con enojo incontrolable a la real o supuesta mala conducta del niño. el abuso del niño se presenta con frecuencia, cuando la madre no está y deja al niño al cuidado de una nifera o un amigo.

Los traumatismos craneales causan más muertes, incapacidad o cualquier otro problema neurológico. Las lesiones se deben a heridas penetrantes en el cráneo o a impactos que ocasionan desgarres en el tejido nervioso, vasos sanguíneos y meninges ocasionando desrupciones nerviosas, isquemia y hemorragia (27).

Cuando existe el antecedente de traumatismo, se presentan signos locales como: edema del cuero cabelludo o tejido muscular, hemorragia interna, o por oído, nariz o garganta; puede haber hipertemia; pupilas desiguales, lentas o inactivas; alteración en la respiración, presión arterial, pulso y en los reflejos.

La equimosis es la extravasación de sangre en el espacio tisular, que se manifiesta por una mancha púrpura; y el edema palpebral se refiere a

la acumulacion de liquido en el parpado y region circundante.

Acciones de enfermeria:

-Mantener en ayuno.

-Administrar soluciones parenterales c/6 hrs.

Solucion glucosada al 10% - 120 mls.

Solucion fisiologica 50 mls.

KCl (previa diuresis) 3.2 mls/mleq.

-Vigilancia estrecha del estado neurologico.

-Signos vitales por turno.

-Colaboracion en la toma de radiografias de craneo y biometria hematica. grupo sanguineo y factor Rh.

-Administrar penicilina sodica cristalina 150.000 u. i. v. c/4 hrs.

-Administrar hipertetanol y tetanol d. u.

-Apoyo emocional.

-Cuidados generales de enfermeria.

Razon cientifica de las acciones de enfermeria:

El paciente con probable traumatismo craneal o lesion neurologica puede presentar vomito, por lo que es necesario mantenerlo en ayuno para evitar broncoaspiracion.

Con los liquidos parenterales, se mantiene el equilibrio hidroelectrolitico del niño, así como la homeostasia del cuerpo cuando la ingestión oral

no es adecuada para este propósito (27). La cantidad de líquidos de mantenimiento requerida, depende de la tasa metabólica y, por lo tanto, implica una completa correlación con el peso, cuando más joven sea el niño, mayor es la actividad metabólica/Kg. de peso corporal. El paciente con función renal normal se mantiene bien con líquidos que contengan 24 mEq/l Kg. (27). A menudo los niños vomitan después de una pequeña lesión en la cabeza y esto se debe a conmoción, la cual suele desaparecer a las 24 hrs., pero en lesiones más graves, el vómito se prolonga y a veces se necesita terapéutica intravenosa. Una vena canalizada para pasar solución, permite mantener vía permeable para administrar medicamentos al torrente sanguíneo por un tiempo determinado. Las complicaciones asociadas con la administración de líquidos intravenosos a los niños son muy graves y pueden ser mortales, cualquier signo de complicación debe ser informado inmediatamente.

En los niños con traumatismo craneoencefálico que se sospeche hematoma subdural u otro compromiso neurológico, necesita ser observado continuamente, aunque los registros se hagan a intervalos. Es más probable que se adviertan

ligeras alteraciones si una persona tiene asignada esa tarea por un periodo determinado.

El hematoma subdural es la acumulacion de liquidos, sangre y sus productos de degradacion dentro del espacio subdural: puede ser agudo, subagudo o crónico (6). Las manifestaciones clinicas agudas de este problema son: aparicion progresiva de signo de aumento de la presion intracraneana manifestada por vómito, irritabilidad, aumento de la presion arterial, retardo del pulso, respiraciones disminuidas o irregulares, cefalalgia. Los signos tempranos en lactantes son: anorexia, dificultad para comer, vómito, irritabilidad, fiebre baja, no sube de peso. También se observa el nivel de la conciencia a traves de la presencia de mareos, habla farfullante o confusa, dificultad para despertar, tamaño y reaccion de la pupila a través de la exploracion del fondo de ojo que incluye la observación del nervio óptico, los vasos sanguineos y el aspecto de la retina. Un descenso del nivel de la conciencia y la dilatación de las pupilas, son signos de herniacion que requieren de tratamiento urgente. Es importante que durante la vigilancia estrecha, se observe si la respiracion presenta bostezos o intervalos irregulares, respiraciones rapidas superficiales y suspiros.

profundos, con lapsos en el ritmo y ataques de apnea que indican hipertensión intracraneana; respiración lenta y profunda indica hipoxia; aumento en la frecuencia indica hipertermia; pulso bajo y presión arterial alta; hipertensión intracraneana; hipertermia; infección.

Al administrar un fármaco la enfermera debe recordar que la elección no es automática; se debe considerar la naturaleza y la gravedad de la enfermedad, la toxicidad del mismo, el posible antecedente de hipersensibilidad u otras reacciones del paciente. Las penicilinas entre otros antibióticos interfieren en el crecimiento celular de las bacterias, su acción antibacteriana reside en su capacidad de inhibir funciones metabólicas vitales para la síntesis de la pared celular bacteriana y de activar enzimas que destruyen dicha pared. La quimioprofilaxis se utiliza en tres situaciones: para evitar la adquisición de patógenos exógenos; para impedir que la flora normal de una zona del cuerpo entre en áreas normalmente estériles y para evitar que un microorganismo patógeno latente, ya presente en el organismo, cause enfermedad. Para conseguir una profilaxis eficaz, la administración de antimicrobiano debe ser breve y los microorganismos a los que va dirigida, deben tener

susceptibilidad estable a dichos fármacos (27). La administración de un fármaco directamente a la corriente sanguínea, asegura la biodisponibilidad de todo el fármaco administrado.

Las pruebas de laboratorio proporcionan datos que contribuyen a comprender el estado del paciente. La biometría hemática es la prueba básica que incluye generalmente valores de hemoglobina, recuento y fórmula de leucocitos, estimación del número de plaquetas y una descripción de la muestra de sangre. A menudo se incluye un recuento de hematíes, especialmente cuando se desea calcular los índices eritrocitarios, de esta forma puede detectarse anemia, eritrocitosis, leucemia, insuficiencia medular y reacciones anormales; permite también conocer el grupo sanguíneo y presencia o no del factor rh., para estar prevenidos en caso de una transfusión sanguínea. El valor de la hb. es de 16(+,-2) en varones y de 14(+,-2) en mujeres (27).

El estudio a través de radiografías, permite detectar lesiones de los huesos craneales, que pueden ser desde una línea de fractura, hasta traslación de huesos, hundimientos y hemorragias por ruptura de vasos sanguíneos.

Considerando que la hospitalización produce stress intenso en el niño, aunado al trauma

emocional que la agresión sufrida pudo producir y dejar secuelas a corto o largo plazo, se deben considerar tres áreas que permitan formar un ambiente de promoción de la salud física y emocional, y estas son: el conocimiento general de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra el paciente; las características de la familia y la cultura de la misma; y el conocimiento de las reacciones humanas al stress, a la pérdida y a la separación. Al ser admitido un niño en el hospital, se debe valorar si la madre puede o no permanecer a su lado, estimándose positiva su presencia, ya que se toma de esa manera la relación madre e hijo y ello trae como consecuencia la ausencia del síndrome de "angustia de separación"; con esto y con el trato cariñoso y amable del personal de la institución, sobre todo de la enfermera hacia el niño y la madre, se logra satisfacer, en alguna medida, las necesidades emocionales de ambos (31).

Es de enorme importancia crear una relación óptima enfermera-paciente-familia, en la que la enfermera trabaje en bien de su paciente, para que recupere el máximo bienestar posible. Una relación dinámica basada en la confianza mutua, permite que se logre un clima en el cual el paciente y la

enfermera se sientan mejor, como resultado de su relacion.

El dar cuidados generales de enfermeria al niño hospitalizado, no deja de ser importante, ya que se puede dar solución a los problemas usuales del paciente y satisfacer sus necesidades emocionales y fisiológicas. La satisfacción de las necesidades fisiológicas de alimentación, higiene, hidratación, eliminación, sueño y descanso; cuidado de la piel, entre otras, se logra con las rutinas diarias del servicio de pediatría (40).

Evaluación:

El paciente no presentó vomito en 24 hrs., por lo que se inició la vía oral con 100 ml. de té c/4hrs. por dos tomas; al aceptarlo bien se le continuó con 200 ml. de leche entera a dilución normal durante 24 hrs. Se retiran soluciones parenterales y la administración de penicilina sódica cristalina; en seguida se continuó la alimentación con dieta normal; se observa buen apetito del niño. El paciente se encuentra bien adaptado al medio con la presencia de la madre, se inquieta si ella se retira, acepta bien la visita del padre; se encuentra afebril, con diuresis y evacuaciones normales; no se detectaron signos de compromiso neurológico y la radiografía muestra la ausencia de fractura o hemorragia interna; los

estudios sanguíneos reportan hb. de 14.5 mg/100 mls., tipo sanguíneo "E" Rh negativo, demás datos sin importancia; las lesiones de cara, cráneo y cuello tienden a disminuir, presenta secreción purulenta en ambos ojos.

Problema:

Infección ocular.

Manifestación del problema:

Secreción purulenta de ambos ojos.

Razon científica de la manifestación del problema:

La conjuntivitis es la inflamación de la conjuntiva por una infección bacteriana y sus manifestaciones clínicas son: enrojecimiento e hinchamiento de los párpados y la presencia de escurrimiento purulento abundante. La pus es un material fluido, viscoso, mas o menos turbio, constituido de leucocitos, tejido necrotico y microorganismos (7).

Acciones de enfermería:

-Aseo de ojos con solución fisiológica p.r.n.

-Aplica: cloranfenicol oftálmico 2 gotas en cada ojo c/4 hrs. y terramicina unguento oftálmico por las noches.

Razon científica de las acciones de enfermería:

En soluciones fisiológicas el soluto puede ser electrolítico o no, es decir que contenga soluto que se disocia en el agua con partículas con carga eléctrica; el solvente principal es el agua, un gramo de agua equivale en peso a un mililitro de volumen. En la solución fisiológica la concentración de electrolitos puede expresarse en mEq/l. de agua, lo más común para aseo ocular es: una solución salina fisiológica al 0.9% que contiene Na^+ 154 mEq/l. y Cl^- 154 mEq.

La secreción purulenta debe removerse con lavados frecuentes y la penicilina es la droga de elección para el tratamiento de la conjuntivitis a través de cloranfenicol y/o terramicina oftálmica ya que, el uso de los dos farmacos evita la resistencia combinada de los microorganismos.

Evaluación:

Disminuyó la presencia de secreción, hasta casi desaparecer, al mismo tiempo disminuyó el edema y el enrojecimiento.

Problemas:

Deficiencias socioeconómicas y culturales de la familia.

Manifestaciones del problema:

Malnutrición del paciente y demás miembros de la familia; deficientes condiciones de higiene; temor de los padres ante la situación del

conflicto legal y ante la dificultad para cubrir los gastos de hospital.

Razon científica de las manifestaciones del problema:

La lactancia dura poco y la ablactación y destete en las familias de bajo nivel económico y sociocultural, genera deficiencias en la ingestión de nutrientes. Se considera que durante la lactancia, el periodo de crecimiento es más rápido y que el organismo necesita de los elementos alimentarios para su desarrollo (12), al no darse esto la desnutrición y otras deficiencias alimentarias ocupan las principales causas de morbimortalidad durante los dos primeros años de vida en los países en vías de desarrollo. En México este problema ocupaba en 1985 el séptimo lugar en causas de mortalidad infantil (5). La causa fundamental es que el lactante no recibe una dieta apropiada o no puede asimilar suficientes nutrimentos. Se consideran causas específicas: dietas mal balanceadas, malos hábitos, desconocimiento de la madre para utilizar correctamente sus recursos, problemas económicos, familias numerosas, tabues y creencias. El peso del niño es el mejor indicador acerca de las condiciones de nutrición y crecimiento. Se puede

diagnosticar el grado de desnutrición por los síntomas manifestados (40).

El aspecto físico de una persona o de los miembros de una familia reflejan las condiciones y hábitos que puedan tener o no (uñas sucias, pelo grasoso, costras en alguna parte del cuerpo, ropa sucia, etc.). En el interrogatorio refieren problemas de salud, tales como trastornos gastrointestinales frecuentes; también informan datos que indican deficiencias higiénicas en el hogar y al preparar o ingerir alimentos; la participación de enfermería en este aspecto, es de suma importancia para contribuir a mejorar las condiciones de vida en una familia (25).

Cuando un niño ingresa al hospital, por posible maltrato físico, las primeras sospechas recaen en algún miembro de la familia, al cuestionarlos inmediatamente al respecto les ocasiona temor por lo que se considera que de la forma y el momento de hacer el interrogatorio, depende el resultado; este interrogatorio debe hacerlo un profesional con preparación en el área de la salud mental. En este caso clínico, el temor de los padres estriba en los resultados de la situación legal en que están involucrados con el agresor, ya que estiman que puede salir en libertad y tomar una actitud de venganza hacia la

implica la hospitalización del niño y su costo; y otro motivo de angustia es la situación de los demás hijos que se quedaron en casa (21).

Acciones de enfermería:

-Orientación a la familia sobre actividades que puedan contribuir a mejorar su nivel de vida, considerando como temas principales: alimentación, higiene en general, paternidad responsable, planificación familiar, medidas de prevención y detección oportuna de enfermedades.

-Canalización oportuna del caso al Departamento de Salud Mental de la institución.

-Colaboración con el mencionado departamento y con el DIF, para contribuir a resolver su situación legal a través de la orientación y el interrogatorio.

-Canalización al departamento de Trabajo Social de la institución para su estudio socioeconómico.

-Visita domiciliaria durante la hospitalización.

Razon científica de las acciones de enfermería:

Una de las necesidades psicosociales del ser humano es saber y comprender. La enfermera satisface esta necesidad cuando orienta y enseña a su paciente, al igual que a los familiares de

este. La enseñanza puede ser formal o informal. La formal, es aquella que se planea con anticipación, se selecciona un tema o temas previamente y además se busca una área determinada adaptada para tal fin y por lo regular es para un grupo determinado de personas. Sin embargo, la enseñanza también puede ser informal, de manera espontánea en la propia unidad del paciente. La enfermera aprovecha todos los momentos para ayudar al paciente y a su familia a aprender lo que necesita y quiere saber, cuando surge la oportunidad. La enseñanza informal no significa que el planteamiento sea mínimo o no exista, sino por el contrario, que la enfermera incluya la enseñanza en sus planes de asistencia (26). Cuando valora a la familia del paciente, la enfermera debe tener criterio general para orientarse sobre aspectos de importancia particular para la misma. Es indispensable obtener los datos de manera concienzuda en los aspectos que plantean un problema para la familia o que preocupan a la enfermera (19). La enfermera adaptará su orientación y enseñanza de modo que el paciente o su familia fácilmente las comprendan. La buena enfermera siempre contempla los aspectos de orientación y enseñanza, y debe aprovechar las innumerables situaciones para suministrar conocimientos y enseñar, esto permite crear una

relacion de optima calidad de la enfermera con el enfermo y su familia.

Para que la enfermera comprenda y acepte a los demas, es necesario, en primer lugar, que se conozca a si misma, partiendo de una evaluacion honesta de sus deficiencias personales, asi como de sus virtudes y capacidades. Cada familia tiene sus propias formaciones culturales, sociales y creencias religiosas y la enfermera debe respetar los antecedentes de esta indole e integrarlos en su asistencia (26).

En la planeacion de enfermeria debe tomarse en cuenta todos los trabajadores de asistencia para la salud y las instituciones y servicios comunitarios que seran de utilidad para la familia. Se les debe dar a conocer los servicios disponibles, considerando que se satisfacen mejor sus necesidades con la participacion del equipo multidisciplinario.

Uno de los objetivos de la visita domiciliaria, cuando el paciente esta hospitalizado, es poder conocer las condiciones en que se encuentran los familiares que se quedaron en casa y a la vez llevarles informacion del paciente (27). En este caso la madre del paciente, en forma natural, siente angustia por el cuidado que se les esta dando a los otros hijos. La

enfermera preside colabora en la resolución de los problemas de la familia ante la necesidad de permanencia de la madre en el hospital realizando la visita domiciliaria para recabar información de interés para la familia y a la vez conocer el hogar.

Evaluación:

La madre asistió a pláticas grupales e informales en la institución sobre: alimentación infantil y general, higiene de los alimentos y en general, inmunizaciones, planificación familiar, paternidad responsable. El padre no asistió a todas, solo a las dos últimas, porque únicamente se presentaba en el hospital por cortos momentos argumentando estar ocupado con los problemas legales con el trabajo y con los otros hijos.

Fueron entrevistados ambos por el equipo del departamento de salud mental y servicio social, colaborando positivamente con el interrogatorio, resultando congruente el relato de ambos. Se platicó ampliamente con la madre acerca de algunos aspectos de la atención del niño, tanto emocional como física.

Se dio aviso al DIF, para que interviniera en el aspecto legal y después de corroborar la versión de los padres en relación al caso de maltrato, proporciono asesoría y orreció su

intervencion para exigir el pago de la reparacion del daño al agresor, ante la autoridad judicial que juzgue a este.

Realice la visita el segundo día de hospitalizacion a eso de las 11 hrs., siendo recibida por una hermana de la madre del menor maltratado que dijo tener 19 años, soltera y refirió así mismo, que la abuela va en las tardes o se lleva a los niños a su casa un rato; que el padre de los niños va a trabajar, pero que durante la noche se queda con ellos. No me ofreció la entrada, la informacion me la proporciono en la calle. Regrese al hospital e informé a la madre el resultado de la visita y note que se tranquilizo un poco.

Acciones de enfermería:

Visitas domiciliarias post-egreso.

Razon científica de la accion:

La entrevista directa en el propio hogar de una familia permite a la enfermera establecer una relacion de seguridad y confianza, a la vez que permite conocer las condiciones reales de vida en aspectos de higiene, vivienda, economia y cultura, entre otros, sin necesidad de interrogatorios, sino solamente a través de la observacion y la convivencia, a fin de poder establecer un plan de accion que permita a la enfermera intervenir

directa o indirectamente en la solución de los problemas de la familia. Otra razón la constituye el comportamiento que espera la enfermera al realizar la primer visita, ya que de ello depende que se le acepte para continuar con el trabajo dentro de la propia familia (27).

Evaluación:

Antes de hacer la visita domiciliaria, se asistió al centro de salud "C", que se encuentra a 8 Km. de distancia de la comunidad en donde vive la familia, para conocer un poco los programas que trabajan y la disposición del personal para apoyar a la familia, encontrando que trabajan los programas de promoción para la salud en cuanto a higiene, alimentación, vacunación, planificación familiar, entre otros, además del programa de detección oportuna de hipertensión arterial, cáncer y diabetes; proporcionan consulta externa y atención de parte normal; refieren tener muchos problemas económicos, por lo que en ocasiones no pueden realizar los programas; no es frecuente la visita de otras comunidades, pero manifestaron interés por ayudar a esta familia.

La visita se hizo en compañía de la enfermera del centro de salud. Se pudo corroborar la versión de los padres sobre la información durante el interrogatorio en el hospital acerca de las

condiciones y nivel de vida de la familia, pero a la vez se amplió la información, observando más o menos buena higiene y orden en la casa.

Se proporcionó información sobre los servicios que ofrece el centro de salud y se planeó conjuntamente, con la enfermera del centro de salud y la familia, actividades de orientación y prevención de salud.

Se canalizó a la familia al Centro de Salud de Morelia para cubrir los cuadros de vacunación y de detección oportuna de enfermedades, según corresponda, ya que en estos momentos el centro de salud "C" mencionado no cuenta con los recursos necesarios.

VI.- EVALUACION Y CONCLUSIONES

Como el paciente ingresó al hospital infantil en pésimas condiciones físicas por la agresión sufrida, se procuró urgentemente satisfacer sus necesidades prioritarias en todos los aspectos, a fin de evitar complicaciones y detectar oportunamente los alcances del daño recibido; se le vigilo constantemente; se le dieron los cuidados de enfermería correspondientes; se le hicieron los estudios de laboratorio y radiografías; fue valorado por neurología y oftalmología. La evolución hacia la mejoría, fue considerada como franca y rápida, constatándose con los estudios, la ausencia de fracturas o lesiones cerebrales y al no presentar signos o síntomas neurológicos, se decidió enfocar la atención ante un posible caso de maltrato al menor proveniente de sus padres, explicando ellos, que el acto fue cometido por un conocido de la familia, a quien se lo encargaron, versión que fue corroborada por el interrogatorio del Departamento de Salud Mental y por las investigaciones del DIF. Aunque se determinó que no fue agredido por sus

padres, se estima que éstos se comportaron en forma irresponsable al confiar a su menor hijo a una persona incapaz, de quien ellos mismos manifestaron que tiene antecedentes de drogadicción, alcoholismo y actos agresivos.

En lo referente a la evolución física del paciente, al ser dado de alta por mejoría a los tres días, se notó que habían disminuido considerablemente las lesiones en cara, cráneo, ojos y demás partes del cuerpo afectadas; que su apetito era bueno, aceptando bien la dieta normal; que deambulaba por los pasillos, sonriendo al personal, pero siempre en presencia de la madre o del padre. Se concertó una cita para visita domiciliaria, con la finalidad de conocer más a la familia y poder ahondar en la orientación sobre aspectos de salud, observando buena disponibilidad de los padres.

Se cito al niño a consulta de oftalmología, traumatología y neurología para su valoración y se recomendó a los padres la observación y vigilancia del niño en el hogar, a fin de detectar signos de complicación.

Los padres contribuyeron positivamente en las entrevistas, pláticas y orientación efectuadas por los miembros de equipo de salud.

Aunque el caso presentado no corresponde a la forma más frecuente de maltrato físico al menor, como lo es el perpetrado por los mismos padres, se ha podido constatar que la agresión de un adulto a un ser indefenso, implica aspectos psicosociales y culturales deformados por el medio en que se desenvuelve, acentuado por la crisis general que se vive, sin embargo, los profesionales del área de la salud, debemos hacer un gran esfuerzo para concientizarnos de que, este problema, en todas sus modalidades, debe ser prevenido y que la enfermera debe participar en un campo más amplio de acción con su trabajo, contribuyendo en todos los niveles y en todos los lugares.

Durante mi estancia en la institución, pude cerciorarme de que el personal tiene un alto nivel de atención a los pacientes, a pesar de las grandes carencias económicas con que se trabaja, y que a través del servicio de Salud Mental, se les da atención especializada a los niños en el aspecto psicosocial personal y familiar, y que a través de la vinculación con el DIF, como órgano gubernamental de apoyo a la familia, se detectan problemas sociales y se da solución a los mismos en lo posible. El personal médico y de enfermería están concientizados de su participación en la detección y atención de estos problemas.

Se considera que el licenciado en enfermería es el profesional idóneo para la realización de actividades de atención primaria directamente en la comunidad, y que es el momento oportuno para que mediante la práctica independiente se convierta en el asesor familiar para el autocuidado de la salud. Que si en verdad queremos lograr el reconocimiento al que aspiramos y consideramos tener derecho por parte de los demás profesionales y de la sociedad, debemos demostrar con trabajo y preparación la capacidad que permita rescatar nuestra identidad profesional.

VII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-ANALES NESTLE. Del niño abandonado al niño mártir. Impreso en México. Fac. No. 114. p. 68.
- 2.-BAEZÁ-HERRERA Y COLS. *Pediatría Práctica. Boletín Médico. hospital infantil. México. Enero. 1956. Vol. 43. No.1. p.p. 171-176.*
- 3.-BOLETIN EPIDEMIOLOGICO. OPS. "La violencia un problema de salud pública que se agrava en la región". Vol. II. No.3. 1990. p.p. 1-7.
- 4.-BOLETIN MEDICO. Hospital infantil de Mexico. Vol. VI. NO.2. 1983. p.80.
- 5.-BOLETIN MEDICO. Hospital infantil de Mexico. Vol. XLIII. No.1. 1986. p.80.
- 6.-BRUNER. *Enfermería práctica. Edit. Interamericana. Mexico. 1981. p.933.*
- 7.-CARDENAS DE LA PENA ENRIQUE. *Terminología médica. Edit. Interamericana. 2a. edic. Mexico. 1983. p.337.*
- 8.-CLAIRE M. FAGIN. *Enfermería psiquiátrica infantil. Edit. Interamericana. Mexico. D.F. p.159.*
- 9.-DIF. *Análisis sistemático de los datos registrados de menores maltratados. Avilar editores. S.A. 1a. ed. Mexico. D.F. p.111.*
- 10.-DIF. *Compilación de legislación sobre menores 1986-1987. Edit. Talleres gráficos de la nación. Mexico. D.F. 1986. p.445.*
- 11.-DIF. *Revista del menor y la familia. Edit. Deimos S.A. No. 3. Mexico. D.F. 1984. p.221.*

- 12.-DOROTHY R. MARLOW. *Enfermería pediátrica*. Edit. Interamericana. México, D.F. 1975. 4a. edic. p.928.
- 13.-ELOISE WORLEY. *Enfermería clínica y farmacológica*. Edit. El Manual Moderno S.A. México. 1987. p.312.
- 14.-E. FENELLA ST. J. ADAMSOM. *Cuidados del niño enfermo*. Edit. El Manual Moderno S.A. México. 1987. p.437.
- 15.-INFFA-ECUADOR. *La movilización social como estrategia de prevención del maltrato*. Octubre de 1987. p.20.
- 16.-FONTANA VICENTE J. *En defensa del niño maltratado*. Edit. Pax. México. D.F. 1989. 3a. reimp. p.332.
- 17.-HARRIET LANE. *Manual de pediatría*. Edit. Interamericana. México, D.F. 1986. p.389.
- 18.-HIGIENE. "Estudio comparativo de la situación del entorno psicosocial de padres maltratadores y no maltratadores en un área urbana". México, D.F. No.1. 1990. p.p. 16-17.
- 19.-JANET W. GRIFFITH. *Procesos de Atención de Enfermería*. Edit. Manual Moderno S.A. México. 1986.
- 20.-J.A. VALLEJO. *Introducción a la psiquiatría*. Edit. Científico-médica. 10a. edic. España. 1979. p.501.
- 21.-J.S. COK. *Enfermería psiquiátrica*. Edit. Interamericana. 1a. edic. España. 1989. p.639.
- 22.-LEGISLACION PENAL MEXICANA. Ediciones andrade. México. D.F. 1979. 8a. edic. p.874.
- 23.-LESLIE D. ATKINSON. *Proceso de Atención de Enfermería*. Edit. El Manual Moderno S.A. México. 1985. p.141.
- 24.-LLODEWICK. A.D.G. GUNN. *El examen físico*. Edit. El Manual Moderno. México. 1984. p.312.

- 25.-LUVERNE WOLF LEWIS. Fundamentos de enfermería. Ed. Harla. 2a. edic. Mexico. D.F. 1980. p.534
- 26.-MANUAL DE ENFERMERIA. Para trabajos de campo en los centros de salud. S.S.A. México. 1975. p.70.
- 27.-MANUAL MERCK. De diagnóstico y terapéutica. Edit. Doyma. 3a. edic. España. 1989. p.2944.
- 28.-MARCOVICH. JAIME. El maltrato a los hijos. Edit. Edicol S.A. 1a. edic. Mexico. D.F. 1978. p.311.
- 29.-MARCOVICH. JAIME. Tengo derecho a la vida. Editores Mexicanos Unidos. México D.F. 1981. p.68.
- 30.-MARLENE G. MAYERS. Cuidados de enfermería. Planeación, control y cuidado. Edit. Limusa S.A. México. 1983. p.399.
- 31.-M. PETRILLOYS. SANGER. Cuidado emocional del niño hospitalizado. Edit. La Prensa Médica Mexicana. Mexico. D.F. 1975. p.318.
- 32.-N. ROPER. W. W. LOGAN. A. J. TIERNEY. Proceso Atención de Enfermería. Edit. Interamericana. 1a. edic. en español. 1983. p. 263.
- 33.-OSORIO Y NIETO CESAR AUGUSTO. El niño maltratado. Edit. Trillas. Mexico. D.F. 1981.
- 34.-PROPUESTA. Para el desarrollo de un programa nacional para la prevención y tratamiento del síndrome del niño maltratado. Mexico.
- 35.-RICO CANO CRISPIN. La historia natural de cincuenta padecimientos. 1982. p.78.
- 36.-ROBERT A. HOEKELMAN. Principios de pediatría. Edit. Olimpia. Mexico D.F. 1982. p.2083.
- 37.-SALUD MENTAL. Revista médico. Edit. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. VIII. Año 8. No. 1. 1985. p. 78.

- 38.-TOMAS DE GALIANA MINGOT. Pequeño Larousse.
Edit. Larousse. Mexico. 1979.
p.1056.
- 39.-VELASCO ALZAGA JORGE MANULL. Encrucijadas.
Manual de orientacion sobre
crecimiento y desarrollo
psicológico de niños y jóvenes.
Edit. DIF. Mexico. 1984. p. 1976.
- 40.-WAECHTER-BLAKE. Enfermeria pediátrica. Edit.
Interamericana. Mexico. D.F. 1978.
p.794.

VIII.- GLOSARIO.

Aberración: desvío de lo tenido por justo y normal. error de juicio, disparate.

Abuso: uso indebido, excesivo o injusto.

Ambivalencia: carácter de lo que tiene dos aspectos radicalmente diferentes u opuestos.

Biodisponibilidad: facilidad para ser utilizado biológicamente.

Cefalalgia: relativo al dolor de cabeza.

Código mendocino: documento mandado hacer por el virrey don Antonio de Mendoza para dar a conocer al rey Carlos V. la historia de México: pintado en papel europeo, por autores peritos en su arte, pues las figuras tienen todo el carácter de los jeroglíficos antiguos.

Desmedrar: deteriorar, decaer.

Desrupción nerviosa: apertura o interrupción brusca de un circuito eléctrico.

Exostosis: hipertrofia parcial circunscrita a la superficie de un hueso. neoformación no maligna del mismo.

Extravasación: acción y efecto de salirse la sangre, savia, etc. de sus canales naturales.

Frustración: tensión emotiva originada por el fracaso en obtener la realización de un objetivo.

Hematoma: extravasación de sangre en los tejidos que llega a tener aspecto tumoral.

Hernia: tumor blando producido por la salida total o parcial de una viscera u otra parte blanda de la cavidad que la encierra.

Homeostasia: tendencia al equilibrio o estabilidad orgánica.

Infanticidio: muerte dada a un niño.

Infligir: imponer un castigo.

Isquemia: disminución de la circulación en determinada region u órgano del cuerpo.

Negligencia: abandono, descuido u omisión, falta de aplicación, de exactitud.

Palpebral: relativo al párpado.

Peristalsis: movimiento de contracción del esófago e intestinos para favorecer la deglución y la digestión.

Subdural: debajo de la duramadre.

Traslapación: cubrir una cosa a otra de un modo más o menos completo.

Tuteia: autoridad conferida por la ley para cuidar de la persona y bienes de un menor.

IX. - ANEXOS.

1.- Nombre y tipo del establecimiento:			
2.- Nombre y apellido:		3.- IIR Historia clínica	
4.- Fecha de nacimiento Dia Mes Año		5.- Edad de ingreso Años Meses Días Horas	
		6.- Sexo Masculino Femenino	
7.- Domicilio habitual Estado		Municipio Localidad	
8.- Hospitalizado por: Trasladado de otro establecimiento		Consultorio externo 1 Emergencias 3 Otros 4	
9.- Hora de ingreso			
10.- Fecha de ingreso: Dia Mes Año		11.- Servicio:	
12.- Sector de internación			
13.- Fecha de alta: Dia Mes Año		14.- Servicio:	
15.- Sector de internación			
16.- Fue operada Si 1. No 2.		17.- Fecha de operación Dia Mes Año	
		18.- Tiempo de preoperación Días 1. Horas 2.	
19.- Egreso por:		Alta médica del. Alta médica Transferida Traslado al J. Establecimiento Def. antes de las 48 hrs. Def. 48 hrs. y mas Otros	
20.- Hora de ingreso		21.- Fecha de Egreso Dia Mes Año	
22.- Días de estancia		23.- Autopsia Si 1. No 2.	
24.- Diagnóstico principal		28.- En caso de lesiones 28.1 Accidentes 1.- Suicidio 2.- Homicidio 3.-	
25.- Otros diagnósticos: 25.1 25.2 25.3		28.2 Las circunstancias en las que ocurrió (atropellado por un carro, etc.)	
26.- Nombre de la Operación más importante:		28.3 Lugar donde ocurrió (vía pública, etc.)	
27.- Otras Operaciones:			
29.- Datos del Jefe del Hogar 29.1 Condición en la ocupación Ocupado Desocupado		29.2 Posición en la Ocupación. Patrón 1 Empleado 2 Obrero 3 Trabaja por cuenta propia. Trabajador familiar sin remuneración Ejido/arrio.	
		29.3 Edad 4 5 6 Padre 1 Madre 2	
NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO.		F I R M A	

II. DATOS DE LOS PADRES/SUBSTITUTOS

CODIGO

Nombre del niño: _____

H. C. N. _____

D A T O	PADRE/SUBSTITUTO	MADRE/SUBSTITUTO	CODIGO
1. Edad .	_____	_____	2
2. Ocupación .	_____	_____	3
No tiene.	_____	_____	1
3 Posición en la ocupación:	Patrón. 1 <input type="checkbox"/> Empleado. 2 <input type="checkbox"/> Obrero 3 <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia. 4 <input type="checkbox"/> Trabajador familiar s/remun- ración . 5 <input type="checkbox"/> Ejidatario. 6 <input type="checkbox"/>	Patrona. 1 <input type="checkbox"/> Empleada. 2 <input type="checkbox"/> Obrera . 3 <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia. 4 <input type="checkbox"/> Trabajador familiar s/remun- ración . 5 <input type="checkbox"/> Ejidatario. 6 <input type="checkbox"/>	5 6 7 8 9 10
4. Domicilio habitual .	_____	_____	
5. Escolaridad	_____	_____	
6. Tipo de unión .	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre . 2 <input type="checkbox"/> Separado 3 <input type="checkbox"/> Divorciado. 4 <input type="checkbox"/> Soltero. 5 <input type="checkbox"/>	Casada 1 <input type="checkbox"/> Unión libre. 2 <input type="checkbox"/> Separada. 3 <input type="checkbox"/> Divorctada. 4 <input type="checkbox"/> Soltero. 5 <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
7 Vive el niño con ellos	Si. 1 <input type="checkbox"/> No. 2 <input type="checkbox"/>	Si. 1 <input type="checkbox"/> No. 2 <input type="checkbox"/>	
8. <u>Antecedentes</u>			
8 1 Alcoholismo	_____	_____	
8 2 Drogadicción.	_____	_____	
8 3 Enfermedades mentales.	_____	_____	
9 Ingreso mensual .	_____	_____	
10 Características de la Vivienda .			
10 1 Número de cuartos .	_____		
10 2 Total de personas que lo habitan	_____		
10 3 La vivienda tiene drenaje.	Si. 1 <input type="checkbox"/>	No. 2 <input type="checkbox"/>	
10 4 La vivienda tiene agua potable en su interior.	Si. 1 <input type="checkbox"/>	No. 2 <input type="checkbox"/>	

III. CARACTERIZACION DEL ACCIDENTE

1. Nombre del niño: _____ H. C. N. _____

2

2. Como se produjeron las lesiones. (Circunstancias) _____

3

4

5

6

3. Donde ocurrió el hecho: _____

7

8

4. Quién (es) estaba (n) con el niño. (Nombre y relación) _____

5. Alguna otra versión. (Indicar de quién es la primera) _____

6. A que hora fue el accidente: _____

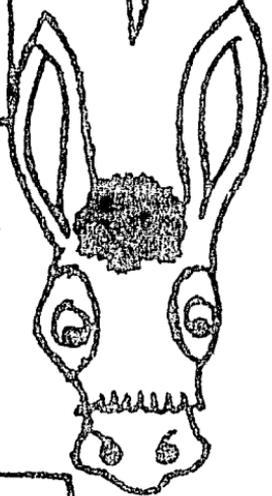
7. Dia y hora en que lo trajeron al hospital: _____

8. Lesiones que presenta el niño. (detallar todas) _____

PAPA Y MAMA
DICEN QUE
SOY UN
BURRO

YO NO SOY
UN BURRO
¿O SÍ?
PORQUE
MIS PAPAS
SIEMPRE
TIENEN LA
RAZON

ENTONCES
SI SOY
UN
BURRO



Y SI SOY BURRO...
ENTONCES NO TENGO
QUE ESTUDIAR. HARE
TODO PARA FRACASAR
EN LA ESCUELA

ANEXO III
" APRODENI "

ASOCIACION PRO DERECHOS DE LA NIÑEZ
PARA NIÑOS CON SOSPECHA DE MALTRATO

Nombre del paciente

H.C.N.

5. ACTITUDES DE LOS PADRES

5.1 Antes del nacimiento del niño

5.1.1 ¿Preocupación excesiva del desarrollo que va a tener el bebe?

5.1.2 ¿Los padres manifestaron una preocupación en relación al sexo del bebé?

5.1.2.1 Padre Si 1 No. 2

5.1.2.2 Madre Si 1 No 2

5.1.3 ¿Existen evidencias de negación del embarazo, - la madre no quería subir de peso o los padres se negaban a hablar del embarazo?

5.1.3.1 Padre Si 1 No 2

5.1.3.2 Madre Si 1 No 2

5.1.4 ¿Depresión por el embarazo?

5.1.4.1 Madre Si 1 No 2

5.1.4.2 Padre Si 1 No 2

5.1.5 ¿Estaba la madre muy asustada, muy sola en relación a los cambios físicos durante el parto?

Si 1 No 2

5.1.6 ¿Faltaba el apoyo del marido o de la familia?

Si 1 No 2

5.1.7 La madre o el padre ¿Querían un aborto?, sin embargo era demasiado tarde.

5.1.7.1 Madre Si 1 No 2

5.1.7.2 Padre Si 1 No 2

5.1.8 ¿Habían considerado los padres ceder al niño en adopción? ¿Por qué cambiaron de opinión?

5.1.8.1 Madre Si 1 No 2

5.1.8.2 Padre Si 1 No 2

5.1.9 ¿El embarazo fué considerado por el padre/madre como pretexto o motivo para mantener la relación?

5.1.9.1 Madre Si 1 No 2

5.1.9.2 Padre Si 1 No 2

5.2 Algunas características de los padres en el momento - del nacimiento

5.2.1 ¿Qué actitud adoptó la madre en el momento del nacimiento?

5.2.2 ¿Cuál fué la reacción del padre?

5.2.3 ¿Decepción sobre el sexo del bebé?

5.2.3.1 Madre

5.2.3.2 Padre

5.2.4 ¿Reacción hostil o verbalizaciones inadecuadas?

5.2.5 ¿Ausencia de contacto ocular?

5.2.6 ¿Falta de comunicación entre los padres?

5.2.7 Peso al nacimiento:

Talla:

5.2.8 Incubadora:

Si

No

¿Cuánto tiempo?

5.3 Antecedentes de los padres:

(Marque con una cruz)

Padre Madre

5.3.1 Golpeados o carentes de -

afecto en su niñez

5.3.2 Antecedentes de enferme-

dades mentales o sociopá-

ticas

Padre Madre

5.3.3 Abusos físicos en el pasado

5.3.4 Aislamiento social

5.3.5 Exabruptos de los padres -
hacia el niño u otra persona

5.3.6 ¿Cuál es la idea que tienen
sobre su hijo?

5.3.6.1 Padre

5.3.6.2 Madre

5.3.7 ¿Hay predilección por alguno de sus hijos?

5.3.7.1 Madre Si 1 No 2

5.3.7.2 Padre Si 1 No 2

5.3.8 ¿Tienen satisfacción al ver como actúa su hijo?

5.3.8.1 Madre Si 1 No 2

5.3.8.2 Padre Si 1 No 2

5.3.9 ¿El niño les compensa sus esfuerzos en alguna forma?

5.3.9.1 Madre Si 1 No 2

5.3.9.2 Padre Si 1 No 2

5.3.10 ¿Se sienten satisfechos con el niño?

5.3.10.1 Madre Si 1 No 2

5.3.10.2 Padre Si 1 No 2

5.3.11 ¿Es un niño difícil o rebelde?

5.3.11.1 Madre Si 1 No 2

5.3.11.2 Padre Si 1 No 2

5.3.12 ¿Fue un niño deseado?

5.3.12.1 Madre Si 1 No 2

5.3.12.2 Padre Si 1 No 2

5.3.13 ¿Cómo se llevan los padres?
(especificar)

Muy bien 1

Bien 2

Regular 3

Mal 4

5.3.14 ¿Causas de la agresión:
(Marque la (s) mencionadas)

- Llanto 1

- Travesuras 2

- Desobediencia 3

- No traía dinero a la casa 4

- No controlaba esfinteres 5
- Masturbación 6
- Otras 7

Especificar causa _____

6. CONDUCTA FAMILIAR

6.1 Describa un día de rutina en el ámbito familiar:

6.2 ¿De todas éstas actividades, en cuáles y cómo participa el niño?

a) Familia abierta _____

b) Familia cerrada _____

6.3 ¿Quién toma un mayor número de decisiones acerca -
de los hijos?

Padre 1

Madre 2

Otro 3 especifique _____

6.4 ¿Cuáles son los temas que se platican en el ámbito
familiar con más frecuencia?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

7. GRADO DE ABUSO FISICO O MENTAL (MARCAR CON X)

Niños severamente maltratados:

Niños con huesos rotos, heridas en la cabeza
moretones, masivos y hematomas severos

1

Niño maltratado levemente:

Niños con numerosos moretones, algunas pequeñas áreas del cuerpo y laceraciones

2

Niños poco maltratados:

Niños con pocos moretones ligeros y superficiales

3

Abuso potencial:

Determinado por un estudio de la familia encontrando un grupo de factores particulares que siempre se encuentran en familias abusivas

En todas esas familias, la trabajadora social debe estar segura de que si no recibirán tratamiento habría grandes posibilidades de que el niño sea maltratado

4

Abuso emocional:

Niños severamente humillados por sus familias niños rechazados, sujetos a abuso severo y crónico

5

Abuso sexual:

Niños que han sido molestados sexualmente por algún miembro de su familia

6

Heridas no categorizadas como abuso:

Niños en que se sospecha han sido objeto de abuso, pero no se ha podido comprobar

7

ANEXO IV
" APRODANI "

ASOCIACION PRO DERECHOS DE LA NIREZ
HISTORIA CLINICA "NIÑOS ACCIDENTADOS"

1. Esta historia clínica debe ser completada para todos y cada uno de los niños que acudan a recibir atención médica por haber sufrido un accidente.
2. El médico debe realizar todo tipo de esfuerzos para obtener la información requerida en esta historia clínica.
3. Los puntos número 5 y 6 deben ser llenados ante la menor sospecha de estar ante un niño que ha sufrido maltratos. Recuerde usted que esta información será utilizada exclusivamente para fines estadísticos y de investigación.
4. Cuando se enfrente a padres golpeadores recuerde usted que está frente a personas enfermas, que también necesitan de su atención. Evite enojarse y utilice toda su paciencia.
5. Entreviste a ambos padres por separado.
6. Recuerde que no es conveniente realizar ninguna acusación legal en esta etapa.
7. Es conveniente esperar algunas horas antes de entrevistar a los padres. El camino más efectivo para entrevistarlos es ser franco, sincero, res-

petuoso y comprensivo con los padres.

8. Internar al paciente (24-48 horas) aunque las lesiones no lo ameriten.
9. Es indispensable el diagnóstico y tratamiento precoz, y mantener informados a los padres acerca de su hijo.