

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

TÍTULO:

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADO
EN EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO
(SÍNDROME DE KEMPE)**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A

CASTILLEJO DE JESUS GUADALUPE

NO. DE CUENTA:

403506613

DIRECTORA DE TESINA:

MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SANCHEZ

MÉXICO D.F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIAS

Doy gracias a Dios por darme la Vida y estar a mi Lado
en Todo Momento.

A MIS PADRES

A quien sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado, gran parte de su vida me han formado y educado. A quienes nunca podre pagar todos sus desvelos ni con las riquezas mas grandes del mundo.

Por que solo la superación de mis ideales me han permitido comprender cada día mas la difícil posición de ser padres, mis conceptos, mis valores morales y mi superación se las debo a ustedes; esto será la mejor de las herencias; lo reconocer y lo agradeceré eternamente.

En adelante pondré en práctica mis conocimientos y el lugar que en mi mente ocuparon los libros, ahora será de ustedes, esto, por todo el tiempo que les robe pensando en mi.

A MIS HERMANAS

Por el apoyo incondicional y moral que siempre me han brindado, por guiarme y alentarme acertadamente entre los obstáculos que se me presentan.

A todos por el gran esfuerzo que por mi hicieron en la realización y culminación de mi carrera la cual será mi mejor herencia.

A los seres universales más queridos.

GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS.

A NUESTROS ASESORES

Gracias a Dios por esos seres dedicados a su vocación, a su amor y esperanza en nosotros, esa esperanza de vernos llegar alto. Se que ellos se llenan de orgullo cuando uno de sus estudiantes alcanzan metas, sueños, el éxito. Se que nos ven como sus obras de arte...

A NUESTROS PROFESORES

Por ser nuestras guías y ejemplo, en el transcurso de nuestra vida estudiantil por ser justo y responsable comprometiéndote con tu alumno para así lograr sus metas, y saber que con el tiempo tú lograste sembrar una buena semilla.

A LA LIC. GABRIELA GONZÁLEZ.

Agradezco infinitamente a la Lic. Gabriela González Martínez por haberme apoyado y comprendido en las tareas de mi profesión y las ausencias en el trabajo por motivos de salud y escolar, por su disponibilidad para mi superación profesional y logro de mis objetivos.

Gracias.

Que Dios la bendiga.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	6
	GENERAL.	
	ESPECIFICO.	
IV.	MARCO TEÓRICO.	
	ANTECEDENTES HISTÓRICO.....	7
 CAPITULO 1. SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SX DE KEMPE).		
1.1.	DEFINICIÓN.....	11
1.2	ETIOLOGÍA.....	12
1.3	CUADRO CLÍNICO.....	17
1.4	DIAGNOSTICO.....	18
1.5	TIPOS DE MALTRATO.....	21

1.5.1	FACTORES DE RIESGO.....	21
1.5.2	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AGRESOR.....	23
1.5.3	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NIÑO MALTRATADO.....	24

CAPITULO 2. CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

2.1.	MALTRATO FÍSICO.....	30
2.2.	MALTRATO SEXUAL.....	39
2.3.	MALTRATO PSICOLÓGICO.....	46
2.4.	FENÓMENO DE DEPRIVACIÓN.....	50

CAPITULO 3. TIPOS DE SÍNDROMES IDENTIFICADOS EN EL MALTRATO INFANTIL.

3.1.	SX DEL NIÑO ZARANDEADO (SACUDIDO).....	54
3.2.	SX DE MÜNCHAUSEN.....	57

CAPITULO 4. SITUACIÓN JURÍDICA EN EL MALTRATO INFANTIL.

4.1.	SITUACIÓN JURÍDICA EN EL NIÑO.....	61
4.2.	DERECHOS DE LOS NIÑOS.....	63

CAPITULO 5. PROGRAMAS NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE EL MALTRATO INFANTIL (MI).

5.1. NACIONALES.....	66
5.2. INTERNACIONALES.....	79

CAPITULO 6. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO.

6.1 PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	81
6.2 NIVELES DE ATENCIÓN EN EL NIÑO MALTRATADO.....	83
6.3 VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	95
6.4 PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	98
6.4 CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES QUE SE PRESENTAN EN EL MALTRATO INFANTIL (M.I).....	114

V. CONCLUSIONES.....	115
-----------------------------	------------

VI. BIBLIOGRAFÍAS.....	119
-------------------------------	------------

VII. ANEXOS.....	128
-------------------------	------------

I. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil también conocido como SINDROME DE KEMPE es uno de los problemas sociales más importantes de la población infantil, su término alude tanto al abuso físico, psicológico y sexual ejercido por parte de sus familiares o de otras personas a cargo de él se incluye el fenómeno de la privatización de necesidades como la comida, la ropa, el alojamiento, la supervisión, los cuidados médicos y la educación. Las víctimas por lo general son niños más que las niñas y entre menor sea la edad mayor es el riesgo de muerte por el abuso y abandono, siendo más vulnerables los enfermos, discapacitados, los no deseados y los hijastros. La posición económica no es factor determinante para la aparición de este fenómeno sino que permea en todas las clases sociales.

La prevención dentro de la enfermería es la de identificar situaciones de abuso lo antes posible, implementando intervenciones y acciones inmediatas con estrategias generales encaminadas a reducir este problema.

No obstante el síndrome de kempe influye en el niño con secuelas en el transcurso de su vida logrando un fracaso para satisfacer las necesidades básicas de afecto, atención y de emociones, forjándose con el tiempo una estructura frágil de autoestima destruyéndose a si mismo con aptitudes de rechazo, aislamiento, amedrentamiento, ignorancia etc., refugiándose en grupos de bandas de delincuencias y drogas para satisfacer sus necesidades, creando así un alto índice de drogadicción y vandalismo a la sociedad.

Las causas y factores del abuso en los menores son situaciones complicadas de identificar, por ello los servicios de salud deben actuar para disminuir el alto porcentaje de incidencia de abuso infantil, por lo consiguiente la enfermería tiene un papel muy importante como promotora de la salud. A ella le corresponde detectar el abuso de que es víctima el infante observando sus signos y síntomas; sospechando cuando una lesión es grave y no hay evidencia de un suceso traumático.

La enfermera tiene la oportunidad de observar y valorar al niño y a sus padres incluyendo una descripción de interacción PADRE – HIJO, de esta forma ayuda a detectar el maltrato infantil (MI).

La enfermería ocupa una posición idónea para proporcionar información sobre las directrices que presenta el síndrome de Kempe, y su eficacia se deriva de las intervenciones que lleva a cabo mediante valoraciones y evaluaciones continuas hacia los infantes.

II. JUSTIFICACIÓN

A través de la evolución de la humanidad, el abuso del niño ha tenido un papel importante, con el tiempo las manifestaciones de agresión infantil se han presentado en todos los pueblos, tiempos y culturas.

Según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) ocurren aproximadamente 2.7 millones de casos de abuso a menores cada año, desconociendo la cifra exacta ya que muchos no se denuncian.¹

El abuso a menores puede ser físico, sexual, emocional y de abandono, con frecuencia es difícil identificar una lesión o una situación de abuso debido a que esto no siempre es cometido por los progenitores, si no también por las niñeras, novios o familiares. Los agresores también provienen de figuras importantes de la comunidad, por ejemplo, profesores que trabajan cerca de los niños.

Esto ocurre en todos los niveles socioeconómicos y es muchas veces precipitado por situaciones de tensión emocional al interior de la familia como es el desempleo, problemas maritales, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, hijos no deseados y la pobreza.

El 44.9% de los niños con abuso son de padres que fueron maltratados en su infancia, este fenómeno es factor de los impulsos agresivos y la violencia que se presentan dentro de la familia. En estas situaciones no solicitan los progenitores ayuda profesional y no actúan de manera correcta con sus hijos.²

1 .Estadísticas a Propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres.

2 .Maltrato Infantil.www.unicef.org/México/spanish/unicefmexico.html.

Existen programas para la detección de este síndrome pero desafortunadamente por falta de información no se implementan. Se dan casos donde la enfermería no toma la importancia que se debe tener a estos tipos de situaciones. Por lo consiguiente la enfermera debe concientizar que es un problema de salud que perjudica a un infante y su entorno biospiciosocial ya que su función es prevenir, fomentar, cuidar la salud, para poder cambiar la estructura de los antecedentes del síndrome de kempe.

La frecuencia con que se presenta el síndrome del niño maltratado a nivel mundial es el 60%. Cifras de la UNESCO refieren que México ocupa el primer lugar en este rango, mientras que datos de la UNICEF, lo colocan en sexto lugar.³ En el 2002 el DIF reportó que existe de uno a tres casos de abuso infantil registrando el maltrato físico con (32%) seguido por abandono (23%) y omisión de cuidados (20%). El 13% eran casos de abuso sexual, el 6 % maltrato emocional y el uno por ciento negligencia de cuidados (20%). El 13% eran casos de abuso sexual, el 6 % maltrato emocional y el uno por ciento negligencia.⁴

Desde el 2005 los niños ocupan el primer lugar a nivel nacional en sufrir el Síndrome de Kempe; mientras que las niñas el segundo lugar, pues las edades van variando de mayor a menor edad según las denuncias.⁵

Año 2005

Menores Reportados con Maltrato Infantil

Edad	Niñas	Niños	Total
Menores de 1 año	52	65	117
10 años	16	20	36
8 años	13	20	33

Fuente locatel 2005

3 .Violencia y Maltrato. www.unicef.org/mexico/spanish/protection_6932.htm - 20.

4 .Estadísticas del Maltrato.<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e>.

5. Maltrató Infantil Estadística : <http://www.locatel.df.gob.mx/estadística.php?cat=d>.

Año 2006. Menores Reportados con Maltrato Infantil

Edad	Niñas	Niños	Total
15 año	36	34	70
16 años	28	32	60
14 años	25	34	59

Fuente locatel 2006

Año 2007

Menores Reportados con Maltrato Infantil

Edad	Niñas	Niños	Total
6 año	63	66	129
5 años	59	66	125
8 años	58	66	124

Fuente locatel 2007

Año 2008

Menores Reportados con Maltrato Infantil

Edad	Niñas	Niños	Total
4 año	31	42	73
6 años	32	35	67
7 años	29	32	61

Fuente locatel2008.

Por lo tanto es de iniciativa que se sensibilice a la población concientizándolos de los factores y características que determinan el abuso al niño, porque es un problema de salud que afecta a la sociedad. Ocupamos el segundo lugar en la tasa de morbi – mortalidad a nivel nacional. Por ello es muy importante atender el problema como una necesidad social de un sistema de salud deficiente en la prevención

III. OBJETIVOS

Objetivo General.

Enfatizar sobre la importancia del Síndrome de Kempe y revelar su trascendencia como un problema de salud pública.

Objetivos Específicos

Proporcionar información básica sobre los signos y síntomas del maltrato infantil.

Ofrecer indicadores para la detección y prevención del síndrome de kempe.

Fomentar la participación de enfermería y sociedad en el planteamiento de soluciones a los problemas.

Detectar factores de riesgos y agentes causales relacionados con la presencia del maltrato infantil.

IV. MARCO TEORICO.

Antecedentes Históricos.

El homicidio es una de las primeras manifestaciones de agresión infantil. Se ha practicado en todos los pueblos, tiempos y culturas, atribuyendo más muertes infantiles a esta causa que a cualquier en la historia.

El infanticidio se ha realizado como rito, religioso, como control de población y como prueba de fidelidad a un dios o rey. El niño ha sido víctima de maltrato desde que el hombre es hombre. Al ser consustancial con la naturaleza humana se a de reconocer qué el niño es el ser más indefenso en este ambiente de agresividad donde gobierna la guerra, la discriminación, el abuso del poder, donde desafortunadamente no escapan los niños. El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante.⁶

En la antigüedad encontramos crónicas realmente inimaginables de matanzas de niños. Así el rey Nimrod de Babilonia, ordena el exterminio de 70.000 niños de corta edad porque según sus cortesanos uno estos niños le usurparían su trono. Del mismo modo encontramos en la biblia un relato donde Herodes manda matar a niños menores de 2 años.

En la edad antigua son frecuentes los rituales sangrientos realizados con los niños. En Egipto cada año se ahogaba en el Nilo a una niña para que el rio se desbordase y así fertilizar las tierras.⁷

⁶ Ruiz J, Miguel Ángel, Enfermería Pediátrica. Pág.787-788.

⁷ Maltrato Infatil, www.monografias.com/trabajos12/invnimalt/invnimalt.shtml - 97k.

En el siglo IV dc, en la antigua Grecia las niñas eran sacrificadas, tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes para supuestamente fortalecerlo. En la edad media no hay indicios de que el niño fuese mejor tratado que en otras épocas, lo que parece deberse al papel escasamente relevante que esta tenía en la sociedad medieval.

Ya en la época del renacimiento, se presta mayor atención a la infancia. A pesar de ello los contrastes y desigualdades sociales son evidentes. La edad contemporánea tenía su punto de partida en el siglo XVIII. La mortalidad infantil es brutal, no siendo raro que el 75% de los niños fueran maltratados con el objeto de recaudar limosnas ejerciendo mas presión en ellos.

A comienzos del siglo XVIII, con la instauración de la revolución industrial y la implantación de la escolarización obligatoria y la aparición de la burguesía, comienzan a aparecer 2 nuevos conceptos: El de la infancia y el sentimiento de amor ligado a la familia. Es en la segunda mitad del siglo XIX cuando aparecen las primeras publicaciones en relación con este tema. El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu al ser médico – legista, describe el cuadro del niño golpeado tras estudios de autopsias. En el mismo año, Athol Johnson, del hospital for Sick Children de Londres, le llama la atención sobre los casos tan frecuentes de fracturas en los niños.⁸

⁸ Dra. Hernández Sánchez M. Síndrome del maltrato infantil - Revisión Bibliográfica, www.revistaciencias.com./publicaciones/EEElYAVKFKGZwtxkv.php.

En 1871 se funda en Nueva York la Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Niños. Esta sociedad fue exportada a diversos países, impulsando medidas legales de protección infantil. Uno de los primeros casos que impulsó la creación de dicha sociedad fue el de Mary Ellen, una niña neoyorkina nacida en 1866, la cual era objeto de malos tratos por parte de sus padres que la maltrataban clavándole tijeras y la mantenían atada a la cama. Los padres justificaban su conducta aduciendo a que eran dueños de la niña. Alertada por los vecinos, una trabajadora de la caridad tuvo conocimiento del caso y trató de ayudar a la niña.

La denuncia ante los tribunales no fue válida. No había legislación que contemplase la posibilidad de proteger a un niño frente a la crueldad de sus padres. Pero existía por parte, de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales. Ante los tribunales se argumentó entonces que dado que Mary Ellen era parte del reino animal, debería aplicársele la Ley contra la crueldad con los animales y dispensársele, en consecuencia, la misma protección que a un perro.⁹

Posteriormente en 1946 cuando el pediatra y radiólogo americano J. Caffey publicó un reportaje referente a 6 lactantes y niños pequeños que presentaban múltiples fracturas y hematomas subdurales y señaló la posibilidad de la etiología del maltrato infantil (MI).

A partir de los trabajos de pediatras anglosajones como INGRAHAN (1944), CAFFEY (1946), SILVERMAN (1951) y H. KEMPE (1962). Henry Kempe y Silverman en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, concepto este que fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.¹⁰

⁹ Ruiz J, Miguel Ángel, Enfermería Pediátrica. Págs. 788-789.

¹⁰ *Ibidem*.

En el marco internacional, se da la Declaración Universal de los Derechos del Niño en 1959. Es ahí donde se recogen los derechos básicos de los menores. Treinta años después en la Convención de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989 (ratificada en España en 1990) se establece la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas, aprobada por la Asamblea General, en donde se recoge expresamente por primera vez el derecho del menor a no ser maltratado.¹¹

El Parlamento Europeo aprueba en 1992 la Carta Europea sobre los Derechos de los Niños como adaptación a la Convención. Además, pide a los Estados miembros que nombren un defensor del menor, figura que en España es un Adjunto del Defensor del Pueblo (Ley Orgánica 1/1996).

Las actitudes y formas que la sociedad ha adoptado para la crianza de los niños y su desarrollo no siempre han sido las más adecuadas. Las legislaciones y el desarrollo de los servicios de la infancia son un primer escalón para plantear la posibilidad de una prevención para el desarrollo de actividades que sensibilicen a la población y profesionales.

¹¹ Loredo Ahdala a, Briones M, Pac. Pediatría. Pág.32

CAPITULO 1. SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO (SX DE KEMPE).

1.1. Definición

Es el “uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir a un niño, que se ejerce por parte de sus padres o de otra persona al cuidado del menor”. Los primeros conceptos sobre este tema fueron enunciados en 1946 por *Caffey* quien precisa la semiología radiológica de este síndrome y lo cataloga como "negligencia de padres". *Silverman* en 1953 y *W. Evans* en 1955 habían llamado la atención sobre varios componentes del síndrome.¹²

Henry kempe en 1961, realizó una definición incompleta debido a que no toman en cuenta las características psicológicas provocadas por la agresión, además no siempre se presentan lesiones corporales, por lo que el Dr. Fontana señaló que “el niño presenta frecuentemente signos de haber sido golpeado, así como pruebas secundarias de privación emocional, alimentación descuido y malos tratos”. Debido a la gran cantidad de definiciones de este síndrome la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reunión de consulta sobre la prevención del maltrato infantil redactó la siguiente definición en el año 1999.

“El maltrato o vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.¹³

¹² Escobar E, Carpio O, Accidentes y Violencias Pediátricas, Pág446.

¹³ Hernández Sánchez M. Óp. Cit.

1.2. Etiología.

El síndrome de kempe es un problema multicausal en el que intervienen las características del agresor y el medio ambiente que le rodea. Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre describiéndose algunas características del agresor tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles y con poca tolerancia, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez.¹⁴

En relación con las características del menor agredido frecuentemente se presentan: problemas de salud (congénitos o adquiridos), niños hiperactivos y bajo rendimiento escolar. Resulta difícil entender las conductas de los padres ya que en teoría son los responsables de ofrecer todo tipo de protección, cuidados y de afectos al menor a su cargo. Por lo tanto citaremos a Belsky que describe las características del síndrome propone un modelo de estudio ecosistémico integrado por variables en diferentes niveles para determinar la etiología categorizándolos como Ecosistemas, Microsistemas, Macrosistemas.¹⁵

Ecosistemas:

Aspectos relacionados con área de trabajo y relaciones sociales entre los integrantes de la familia y el medio donde se desenvuelven:

14. Beers H Mark, Poter Robert. Manual Merck (Diagnósticos y Tratamientos). Págs.2768-2769.

15 Dr. Boris José Bossio Barceló, "Victimas Vulnerables: Síndrome del Niño Maltratado y Pornografía Infantil"
www.Apuntes de Medicina legal com.

Desempleo: Es una situación en la que se encuentran los padres ó responsables del niño que teniendo edad, capacidad y deseo de trabajar no pueden conseguir un puesto de trabajo.

Falta de Recursos materiales: Es cuando el padre o tutor no cubre las necesidades básicas del niño.

Pérdida de Roles: Cuando la conducta del tutor cambia de rol debido a las situaciones sociales o estatus.

Pérdida de autoestima y Poder: Es la falta de carencia y fuerza innata que impulsa a ejecutar con armonía todas las funciones para el desarrollo de si mismo y para los demás.

Insatisfacción Laboral: Esto produce una baja eficiencia en los padres creando una conducta agresiva la cual puede manifestarse por sabotaje o agresión directa en el plano laboral.

Tensión Laboral: Es capaz de causar en los trabajadores muchas consecuencias que quizá en los individuos nunca se habían presentado, hasta que entraron al mercado laboral causando un desequilibrio emocional.

Falta de Apoyo Social: Es cuando hay un desamparo profundo que implica sentirse aislado despojado de valores sin identidad ante un status.

Microsistemas:

Estudia la personalidad de los integrantes del grupo conviviente y de las vivencias interactivas de cada uno de ellos.

Violencia y Agresión: Cuando hay un comportamiento deliberado por parte del cuidador así el niño. Estos suelen ser de carácter predominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía.

Conflictos conyugales: Cuando existen problemas maritales o de unión son factores latentes para llegar a una agresión física al niño.

Tamaño familiar reducido o muy numeroso: La cantidad y el número de los integrantes de la familia favorecen al abuso, otro factor son las edades entre hermanos.

Hijos No Deseados: Son padres que carecen de valores primarios en la crianza de sus hijos se basan en el reproche a los niños y a ellos mismo por no haber planificado el o los embarazos.

Varios Concubinos: Cuando existe esta situación se genera abusó de autoridad hacia los niños de la pareja justificando que es para su educación y cuidado.

Discapacidad del Niño: Tener a un niño con algún tipo de trastorno, anomalía u otro problema. Para algunas familias este es un factor de estrés en su vida ya que requieren de tiempo y ven a su hijo como un estorbo ejemplo:

El Autismo, Las Enfermedades Terminales (cáncer, sida, entre otras), Niño Sordo

Malformaciones Congénitas, Síndrome de Down

El Macrosistemas:

Valora la influencia de las variables sociales, económicas, estructurales sociales y culturales que inciden en el buen desarrollo social

Crisis económica: La falta de recursos económicos influye en el desempeño para el cuidado como son la pobreza, el desempleo etc.

Aceptación cultural del castigo corporal: La cultura y las costumbres de los pueblos influyen desde hace mucho tiempo favoreciendo el castigo debido a sus ritos o creencias que están a favor del abuso físico, sexual y muerte de uno de sus integrantes.

Desvalorización cultural de la mujer: Divido a la estructura, cultura, religión, de algunos gobiernos se le da el valor de propiedad a la mujer entre las familias y grupos, dejándolas sin identidad ni valor moral como persona.

Hefler ha postulado que deben presentarse tres componentes principales que conlleven a la agresión como son: la predisposición al abuso por parte del adulto, un tipo especial de niño y la crisis o una serie de crisis.¹⁶

1.- Predisposición al Abuso por Parte del Adulto.

La predisposición al abuso en los padres, se encuentra desde los antecedentes de su infancia; como se mencionó anteriormente es común que hayan sido golpeados a su vez por sus familiares. Por lo general esto padres no solicitan ayuda cuando tienen problemas graves con sus hijos.

2.- Un Tipo Especial de Niño.

Puede tratarse de un niño hiperactivo, tener un defecto desde el nacimiento, ser “llorón”, provenir de un embarazo no deseado, etc.; en ocasiones, se le exige que se comporte como tal.

3.- Crisis o una Serie de Crisis.

Son problemas económicos desocupación o cualquier transgresión emocional, importante o no, que convierta al niño en blanco de la ira o frustración de sus mayores.

En la actualidad, G Smith ha agregado un cuarto componente, denominándolo “tolerancia cultural” (se refiere a que la comunidad acepta el castigo corporal con fines disciplinarios).

Para que se inicie la agresión es necesario que se presenten estos 4 factores, etiológicos ya que una vez que se ha practicado fácilmente se repetirá donde más

¹⁶ Escobar E, Carpio O, op.cit, Págs.448-450.

del 50% de los niños son golpeados en varias ocasiones, y el 10% corren el peligro de fallecer.¹⁷

Las principales causas que motivaron la agresión, en México, son...

- 1.- Pedir Comida
- 2.- No poder Manténértelos.
- 3.- Llanto.
- 4.- Desobediencia.
- 5.- Travesura.
- 6.- Imposibilidad de controlar esfínteres, etc.

Salomón menciona que el instrumento que más utilizado en la agresión es el cepillo para el pelo. En México se utiliza frecuentemente los siguientes mecanismos de agresión.¹⁸

- 1.- Quemaduras con Cigarros o Hierro Caliente
- 2.- Azotes con Cuerdas Mojadas.
- 3.- Tablas y Puños.

Entre las que provocaron la muerte:

- 1.- Ahorcamiento.
- 2.- Objetos Punzocortantes.
- 3.- Heridas de Bala.

¹⁷ Maltrato Infantil. www.unicef.org/México/spanish/unicefmexico.html.

¹⁸ Ibídem.

1.3. Cuadro Clínico

Se debe tener la agilidad de detectar a todo niño golpeado para poder guiarse por los detalles que delaten al agresor. Se deberá contar con otras fuentes del ramo multidisciplinario de la salud como lo es trabajo social y psiquiatría, para obtener resultados más eficaces.

El paciente pediátrico puede presentar lesiones con etiología inexplicable o explicable dando sospechar a este síndrome. Las lesiones dependerán del tipo de abuso que haya recibido el niño.¹⁹ Por lo consiguiente se tiene que llevar acabo el interrogatorio y examen físico.²⁰

Interrogatorio

Es sumamente importante muchas veces como única medida de ahondar en la sospecha. Se deben pensar en el síndrome cuando el paciente presente alguno de los siguientes datos.

- 1.- Discordancia entre el relato de la magnitud del traumatismo y el grado de la lesión. En ocasiones se obtiene historias inverosímiles o existe negativa para proporcionar datos sobre el mecanismo del golpe y cualquier otro tipo de información.
- 2.-Antecedentes de traumatismo previos o ingresos frecuentes al hospital.
- 3.- Retardo en presentar al niño con el medico. La mitad tardan entre 24 a 48 horas y algunos hasta varios días.

¹⁹ Beers H Mark, Poter Robert. Óp. Cit. Págs.2769-2770.

²⁰. Escobar E, Carpio O, Óp. Cit. Pág.449.

Examen Físico

Los signos clínicos son de gran importancia y deben ser descritos con exactitud.²¹

1.- Signos de Desnutrición. Dependerán del tiempo en que ha estado sujeto al maltrato.

2.- Quemaduras. Principalmente con cigarrillos en diversas partes del cuerpo o con utensilios caseros como cucharas, en zonas bien delimitadas del cuerpo.

3.- Equimosis, Hematomas y Hemorragias.

Se presentan en forma difusa, recurrente y sobre todo diseminada, se acompañan de pruebas de coagulación normales.

4. Fracturas o Luxaciones. Se pueden presentar en extremidades con múltiples contusiones lo cual indica sospecha de maltrato al niño. (Sus características y magnitud se reflejan con placas de rayos x).

5.-Lesiones Varias. Como mordeduras, señales de cuerdas, lesiones bucales y traumatismo.

Es importante observar la actitud que toma el paciente, ante su exploración puede estar irritable llorar en forma paroxística o ser indiferente, receloso con los adultos y no mostrar necesidad de protección de sus padres.

1.4 Diagnóstico: El diagnóstico se realiza casi exclusivamente por la anamnesis y exploración física: la exploración radiológica apoya el diagnóstico. Para realizar una buena anamnesis es necesario conocer las situaciones personales y familiares que presentan mayor riesgo hacia el menor.²²

21 Síndrome de maltrato infantil www.blog-medico.com.ar/noticias-medicina/maltrato-infantil.htm - 61k -

22 Ruiz Jiménez M, Enfermería Pediátrica, Pág.792

Debemos sospechar la posibilidad de maltrato cuando aparezca alguna de estas circunstancias:

- Presencia de lesiones en diversos estados de evolución.
- Aspectos del niño: descuidó o desnutrido, actitud de terror, no busca el apoyo de los padres.
- Actitud de los padres: es contradictoria, indiferente, exagerada sobreprotección, muy agresivo, no informar lo suficiente sobre el caso.
- Discordia entre las manifestaciones de los padres y los hallazgos clínicos.
- Traumatismos repetidos, tratados en varios centros.

Exploración Física.

Debe ser minuciosa buscando pequeños signos de lesiones. El aspecto del niño es generalmente, sucio, maloliente y a veces con malnutrición, sin embargo unos parecen limpios y recién aseados. Algunos presentan signos de deshidratación (sin fiebre, ni vomito, ni diarrea,) producida por el abandono, varios infantes presentan parásitos como la sarna, piojos o laceraciones de rascado que denuncian su existencia.²³

Diagnostico Diferencial.

Las lesiones que puede presentar un niño victima de maltrato físico son a veces enfermedades sistémicas de otra etiología, se deben de distinguir mediante la extensión y simetría de estas así como las correspondientes pruebas de coagulación, igualmente las laceraciones del eritema multiforme.²⁴

²³ Beers H Mark, Poter Robert. Óp. Cit. Pág.2770.

²⁴ Ruiz Jiménez M, Óp. Cit. Pág.793

Se confundir con signos y síntomas de otra patología como:

- Cuadros febriles de repetición que simulan una inmunodeficiencia.
- Intoxicaciones por drogas o medicamentos.
- Trastornos metabólicos

Es necesaria la conversación con los padres de preferencia con cada uno por separado y posteriormente en conjunto, esto ayudara a la enfermera a valorar la credibilidad de las versiones.

Se deberán solicitar los siguientes exámenes de laboratorio y gabinetes para obtener un diagnostico real.²⁵

Laboratorio

1.- Biometría Hemática Completa incluyendo Cuantificación de Plaquetas.

Nos ayudará a valorar el grado de anemia a identificar complicaciones por infecciones y a comprobar diátesis hemorrágicas.

2.- Pruebas de Coagulación. Siempre son normales y sólo sirven de ayuda para el diagnostico diferencial.

3.- General de Orina. Cuando exista sospecha de traumatismo abdominal a fin de investigar hematuria microscópica y la posibilidad de lesión renal.

4.- Calcio y Fosfato. Ante la presencia de fracturas frecuentes.

²⁵ Medline Plus Enciclopedia Médica: Maltrato físico infantil www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001552.htm - 31k.

Gabinete

Estudios de Huesos Largos

Para buscar fracturas (en el síndrome de Kempe puede presentarse en diferentes etapas de evolución), así como la presencia de hematomas subperiósticos calcificados).

Gammagrafía Ósea: Es complementario y es útil en lesiones recientes.

1.5. Tipos de Maltrato

Con frecuencia es difícil determinar si una lesión o situación refleja abuso. Jurgrau (1990) sugiere que las lesiones pueden ser accidentales.²⁶ La enfermera debe sospechar abuso cuando la lesión es grave y no hay evidencia de un suceso traumático.

1.5.1. Factores de Riesgo.

Conlleva la acumulación de una serie de factores o características de riesgo que actúan de manera dinámica y recíproca en la familia, en el individuo, en la comunidad y cultura.²⁷

²⁶ Ruiz Jiménez M, Óp. Cit. Pág.790

²⁷ Reporte Temático Núm. 1, Violencia y Maltrato a Menores en México <http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/violencia>.

Factor Social. Aparece en todo tipo de clase social, Garbarino (1976) afirma que “el nivel de recursos económicos y educativos de la comunidad influyen en el nivel de atención que el grupo familiar experimenta en su interior”

Factores Familiares.

Las más notorias son:

- El excesivo número de hijos.
- El escaso espaciamiento temporal entre ellos.
- El desajuste marital.
- Madre soltera (adolescentes).
- Separación y ausencia de los padres (abandono de hogar).
- Enfermedad de los padres.

Factores Individuales.

Los padres que lastiman a sus hijos justifican sus acciones con la frase “es por su bien” desconociendo así las etapas del crecimiento y desarrollo del niño esto nos indica que no están preparados para su cuidado. Algunos progenitores o cuidadores abusivos presentan personalidades de: Alcoholismo, Drogadicción Bajo nivel intelectual, Comportamiento criminal e Inadaptados sociales

A lo anterior los hijos son considerados con frecuencia “propiedad de los padres” con base en esta condición los menores deben de apegarse a las mismas normas de obediencia y disciplina con las cuales sus padres fueron educados.

1.5.2 Características Generales del Agresor

Las características del agresor son múltiples y particulares según el tipo de maltrato que se emplee en el menor como se aprecia en los siguientes puntos.²⁸

Físico

- Incapaces de controlar sus impulsos
- El enojo es un estímulo responden con agresiones físicas
- Frustración y antecedentes de haber sido maltratado
- Hostilidad.

Sexual

- Impide amistades con el menor del sexo opuesto.
- Exhibición.
- Presenta algún tipo de adicción
- Tienden al aislamiento
- No se auto reconocen como mal tratadores.

Psico – Emocional.

- Lo culpa de todo lo malo que sucede.
- No se muestra cariñoso.
- Incapacidad de buscar ayuda profesional,
- Tiene una idea distorsionada del niño.

Agresor Identificado en el Maltrato al Niño

- Madre 58%
- Padre 25%
- Padrastrros 11%
- Otros 5%

28. Emilio Herrera-Basto, Indicadores para la detección de maltrato en niños
www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=21832&id_seccion... - 47k.

1.5.3. Características del Niño Maltratado.

Los síntomas se caracterizan por una combinación de los siguientes rasgos.²⁹

Edad: El abuso puede observarse en cualquier edad pediátrica.

Maltrato físico: En recién nacidos y preescolares (<de 4 años).

Abuso sexual: Escolares (predominando entre 6-8 años).

Sexo: Afecta ambos sexos.

- En ocasiones es más frecuente en varones cuando es hijo único.
- En caso de abuso sexual son más agredidas las niñas y en agresión física es mayor en niños.
- Malformaciones congénitas o daño neurológico.

Físicas

- Presentan Eritema, equimosis, deformación de la región, fractura, ruptura visceral. Ingresos frecuentes a hospital por lesiones cuya causa no es clara.
- Presencia en genitales y ano de: laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, infecciones.

Retraso Psicomotor

- No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes.
- Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima.

²⁹ Como Reconocer el Maltrato, Texto de National Committee to Prevent Child abuse Gobierno de EE.UU.
www.fundacionamparo.org.ar/recono_elmaltrato.htm - 15k -(10 -05 -2009 /0259am).

Comportamiento

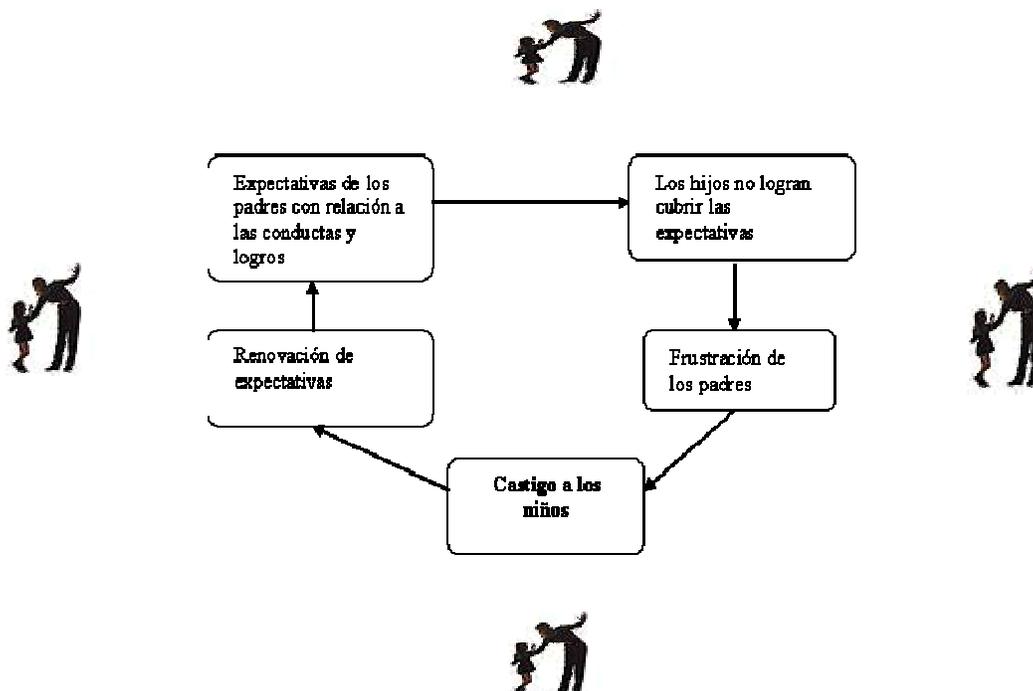
- Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad, enojo o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimiento de ser malos. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.
- Deterioro de facultades mentales, principalmente en el área cognitiva.

Mecanismo de Producción de las Lesiones:

- Traumatizados y violaciones
- De privados
- Quemaduras.

Los daños que produce el maltrato no siempre son iguales esto dependerá del tiempo, la severidad del abuso y características sociológicas del niño/a creando en su entorno biospiciosocial un ciclo de abuso que tristemente será normal para el/ella (anexo 1).

Anexo1. Ciclo del Maltrato Infantil



CAPITULO 2. CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Las acciones que realiza un adulto con la intención de hacer un daño inmediato a un niño es conocido como el síndrome de Kempe. Por ello se retomaran en este capitulo varios escritores que coinciden con los diferentes tipos de abuso y su clasificación ya que existe semejanzas entre los autores.

El Comité Internacional Permanente sobre la Infancia y Maltrato propone tres categorías que son el. Maltrato en el Seno de la Familia, Institucional y en otros Sectores.³⁰

1.- Maltrato en el Seno de la Familia.

Violencia física. Esta puede ser producida por medios físicos y químicos.

- **Medios físicos:** Pueden provocar lesiones en la piel, mucosas como son arañazos, quemaduras de cigarros; Fracturas en extremidades, cráneo y nariz, lesiones en el SNC como son en tronco y vísceras
- **Medios químicos:** El más común es la administración de sobredosis de sedantes produciendo somnolencia, confusión que puede llevar a un estado de coma. Caracterizado por el Síndrome de Múchausen por poderes.

Carencia de cuidados.

Pueden ser debido a la ignorancia o deliberada manifestado por:

- Privación de Alimentos.
- Higiene defectuosa y Vestidos Inapropiados.
- Negligencia en la Seguridad, que condiciona Acciones Frecuentes.
- Negligencia en los Cuidados de Salud.

30. Díaz Gómez N, Gómez García C, Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia. Pág.188-190.

La carencia de cuidados puede comenzar ya desde la vida intrauterina como son (las madres mal alimentadas, las que abusan del alcohol, el tabaco, fármacos, drogas) produciendo daño al producto teniendo como consecuencia un parto pre término y bajo peso al nacer etc.

Violencia sexual.

Esta ocurre en la familia o fuera de ella.

- **Incesto.** Esta se origina cuando existe actividad sexual entre padres e hijos o entre hermanos, el incesto genera sentimientos de culpa en el niño que puede dificultar el desarrollo sexual produciendo desajustes emocionales.
- **Pedofilia.** Es la predilección por parte de un adulto de realizar contactos sexuales con niños.

Maltrato Psicológico y Emocional.

El niño es constantemente rechazado, atemorizado y engañado, vive situaciones que van destrozando su efectividad. En ocasiones este tipo de abuso es detectado años después por psiquiatras y psicólogos, cuando la alteración emocional es evidente.

2.- Maltrato Institucional.

Este se practica en las escuelas o en instituciones en las que teóricamente el niño debería ser protegido y rehabilitado.

Maltrato en la Escuela.

Hasta hace pocos años los castigos corporales eran frecuentes, en la actualidad la mano dura ha dejado de ser un procedimiento generalizado pero desafortunadamente está vigente en algunas instituciones provocan trastornos emocionales al alumno y fracaso escolar.

Maltrato en el Sistema de Salud.

La falta de coordinación entre los distintos niveles de salud, la rigidez de los horarios de visitas y los factores que dificultan una correcta atención al niño hospitalizado. Recibe el nombre de “hospitalismo infantil”, (el síndrome de deterioro progresivo) descrito por René Spitz en (1958).

Maltrato en otras Instituciones.

Todas las instituciones que se encargan de la crianza y educación de los niños deben de estar conscientes de las grandes responsabilidades que asumen ya que el niño no tiene un hogar estable por los diferentes factores que son:

- La duración excesiva de los juicios en los que se ven involucrados los menores.
- Falta de recursos y programas idóneos de rehabilitación destinados al menor.

3.- Malos Tratos en Otros Sectores.

Es un entorno social que proporciona asistencia emocional, seguridad ayuda a los padres a aliviar sus dudas y frustraciones, con la interacción con el niño.

Loredo menciona otras formas menos comunes de abuso: que son el síndrome de Munchausen, abuso fetal, abuso de tipo ritual o religioso, niño de la guerra y de la calle.³¹

31 Dr. Sánchez-Ahedo R. Dr. Pacheco-Ríos A. Maltrato infantil, www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm91/maltrato-infantil.html - 16k -

Con respecto a la clasificación se han propuesto diversas formas en las que se incluyen en el siguiente cuadro.³²

Tipos de Maltratos

Intrafamiliares	Abandono ó Negligencia Físico. Psíquico ó Emocional. Sexual Síndrome de Müchausen
Institucional	Escolar. Sanitario. Jurídico. Servicios sociales
Explotación	Laboral. Sexual

Otro autor la clasificación en activa o pasiva.³³

SUB TIPOS DE MALTRATO.

MALTRATO	ACTIVO	PASIVO
Físico	Maltrato Físico Abuso Sexual	Abandono Físico
Pasivo.	Maltrato Emocional	Abandono Emocional

Según la ONU (1989) el maltrato se divide en tres por acción que son el (físico, psicológico, sexual) son la base para desarrollar algunos síndromes (Ver en el

³² Ibidem.

³³ Mejías Lizancos, Enfermería 521, Pág.211

Capitulo 3).³⁴. A continuación definiremos algunos conceptos que no veremos con profundidad dentro de algún capítulo.³⁵

Maltrato Prenatal.- Por la "Falta de cuidado" por acción u omisión del cuerpo de la futura madre o auto suministró de sustancias o drogas que de una manera consciente o inconsciente que perjudica al feto. Este consumo puede provocar que el bebé nazca con crecimiento anormal y patrones neurológicos anormales

Abandono o Negligencia.

Significa una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimento, abrigo, seguridad, educación.

Explotación laboral.- Definida como aquella situación en que "los padres o tutores asignan al niño/a con carácter obligatorio a realizar continuos de trabajos (domésticos o no) con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico.

2.1. Maltrato Físico.

Definición: Va desde pedirles que realicen actividades no acordes a su edad y no brindar alimentación suficiente en cantidad o calidad hasta la negligencia en su cuidado (golpes, quemaduras, etc.).



Figura. 1

³⁴ Ibidem

³⁵ Maltrato infantil, www.monografias.com/trabajos12/invnimalt/invnimalt.shtml - 97k.

Características de las Familias

Cuando existen límites o reglas familiares que influyen de manera negativa en la dinámica familiar contribuyendo a que se produzca una situación de agresión³⁶.

Indicadores Familiares.

- Dan muestras de no preocuparse por el hijo, raramente responden a los llamados del colegio o al cuaderno de citaciones.
- Niegan que el niño tenga problemas tanto en el colegio como en el hogar.
- Por su propia voluntad autorizan a que la maestra emplee "mano dura" o incluso algún sacudón si su hijo se porta mal.
- Demandan de su hijo un nivel de perfección académica o un rendimiento físico que es inalcanzable para el niño.

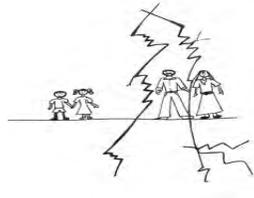


Figura. 2

Características del Agresor

- Frecuentemente se refieren a su hijo(a) como "un demonio" o en alguna otra manera despectiva.
- Es frecuente ver que tratan al niño(a) con disciplina física muy dura.

³⁶ Dra. Sacroisky Gloria, Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03_1/64.pdf.

Características del Niño Maltratado.

- Parece temerle a sus padres y protesta o llora cuando es hora de dejar el colegio para ir a su casa.
- Le teme al acercamiento o contacto de otros mayores.
- No dice que le han pegado en su casa.
- Tiene problemas de relación y dificultad de adaptación con otros niños.
- Exhibe comportamientos de oposición desafiante, conductas extremas de agresividad o rechazo ante situaciones adversas.
- Presenta un estrés emocional no justificado con ansiedad depresión y miedos



Figura. 3

Características del Abuso Físico.

Existen diferentes tipos de lesiones físicas que se manifiestan en los niños que les provocan los o padres o cuidadores como se muestra en los siguientes puntos.³⁷

1.- Lesiones Cutáneas.

A).- Hematomas, contusiones, equimosis, heridas, laceraciones, erosiones y pinchazos.

³⁷ Dra. Muñoz Talavera Joanna, Características y Abordaje del Maltrato Infantil en Menores de 15 años. Hospital "Fernando Vélaz" http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/pediatría/abordaje_maltrato_infantil.pdf.

Se caracterizan por el tipo lesiones múltiples, frecuentes y reiteradas (importante en menores de tres años), localizadas en zonas no habituales (peri ocular/ bucal, zonas laterales de la cara, pabellones auriculares, cuello, extremidades como tórax, espalda y nalgas).



Figura. 4

B.- Quemaduras por Escalas

Se caracterizan por ser incompatible en extensión, profundidad, localización, distribución en regiones peri oral e intra oral, espalda, periné, genitales, glúteos, manos, pies.



Figura. 5



Figura. 6

El diagnóstico diferencial incluye: la dermatitis, síndrome de la piel escaldada por estafilococos, impétigo ampollas, varicela, otras dermatitis ampolladas)

C.- Mordeduras.

Reproducen la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana, recurrentes (aisladas o múltiples). Deben diferenciarse de mordedura de otro niño, mordedura de perro o de otros animales y auto mutilaciones.

D.-) Lesiones Osteo Articulares

Cualquier fractura/ luxación en menores de dos años, fracturas múltiples y/o bilaterales, en distintos estadios evolutivos de consolidación.



Figura. 7

El Diagnóstico Diferencial Incluye: Variantes normales-traumatismo obstétrico, enfermedades neuromusculares (insensibilidad congénita para el dolor. Parálisis cerebral, displasias esqueléticas.

F).-Lesiones Orgánicas Internas

Estas pueden ser aisladas o asociadas a otras manifestaciones traumáticas, por intoxicación deliberada o por negligencia, que apoyan el diagnóstico. Se dividen según su localización en:

1.- Neurológicas (intracraneales): Se producen por varios mecanismos como impacto directo sobre el cráneo ("Síndrome del niño sacudido").

2.- Oculares: Se producen por impacto directo sobre el ojo como es las lesiones intracraneales, las lesiones más frecuentemente observados son:³⁸

- 1.-Hemorragias retinianas (unilaterales o bilaterales)
- 2.-Desprendimiento de retina, "placas lacunares retinianas".
- 3.-Edema corneal.
- 4.-Cataratas traumáticas y ceguera.



Figura. 8

3.- Viscerales y Torácicas: Se producen por impacto directo, el cuadro clínico incluye dificultad respiratoria, distensión y dolor abdominal, vómitos, hemorragias donde frecuentemente encontramos patologías como:

- 1.-Hematoma duodenal y yeyuno
- 2.-Quiste pancreático.
- 3.-Pancreatitis hemorrágica.
- 4.-Ruptura gástrica, duodenal, yeyuno, ileal o cólica.

El maltrato infantil (MI) se ha presentado con una serie de señales muy despiadadas que la sociedad no ve o no quiere ver la crueldad con que se practica este fenómeno día con día en todo el mundo desafortunadamente mueren cientos de niños en manos de sus agresores.

38-Dra. Sacroisky Gloria, Óp. Cit. .

Complicaciones Biológicas, Psicológicas, Sociales.

La cultura y las tradiciones de cada país influyen en la concepción que se tenga sobre el síndrome de kempe. En nuestra sociedad existe una cultura abusadora que coloca a la obediencia como una excusa para corregir los actos malos.

Los niños/a que sufren agresiones tienen problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, como consecuencia de las complicaciones³⁹



Figura.9

Síntomas y Complicaciones.

Retraso Psicomotor

- No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes.

Comportamiento.

- Deteriora la calidad de sus relaciones interpersonales y su desenvolvimiento escolar.
- Pone en riesgo su formación personal, profesional y social.



Figura. 10

³⁹ Rowen James S. Enfermería Pediátrica de Thompson. Pág191

Las secuelas físicas desencadenan trastornos conductuales, emocionales provocando consecuencias negativas a niveles somático y psicológico.⁴⁰

En la infancia se observa repercusiones negativas como el de apego, baja autoestima provocando pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida.⁴¹ En escolares y adolescentes encontramos: fugas del hogar, conductas hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, trastorno disociativos de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa, vergüenza, agresividad.



Figura. 11

Consecuencias a Corto Plazo.

1º La Formación del Apego:

Apego inseguro (70 - 100 %)

2º Problemas de Conducta:

Patrones de conducta similares a los de un agresor

Retraimiento social.

40 Gaitán Pamela. Maltrato, www.mailxmail.com/curso-maltrato-infantil/consecuencias-maltrato-infantil - 24k -

41 Julia, Maltrató infantil como fenomenowww.luriapsicologia.com/Julia%20Presentación.ppt .

3.- Cognición Social: Los padres negligentes hacen que los más pequeños carguen con la falta de responsabilidad, privándoles de los derechos básicos que con lleva atener secuelas a largo plazo.⁴²



Figura.12

Consecuencias a largo Plazo

- La conducta criminal violenta.
- Los trastornos afectivos, depresión, baja autoestima, ansiedad
- Trastornos de alimentación o desordenes de la comida.

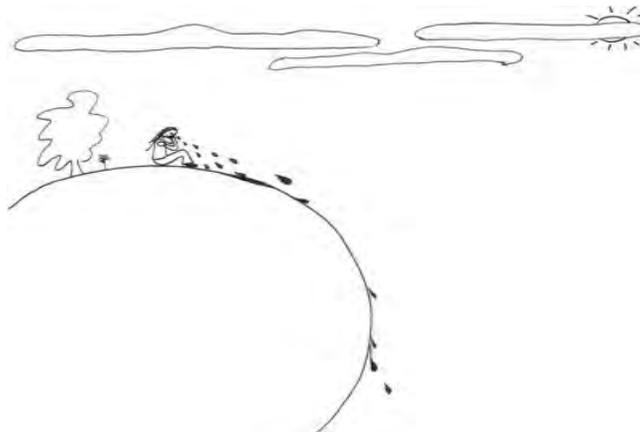


Figura. 13

Los profesionales de enfermería juegan un papel importante en el cuidado de las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo del niño.

42 Papalia Diane. Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. Pág.306

2.2. Abuso Sexual.



Figura.14

Es considerado como un tipo de Maltrato Infantil caracterizado por contactos e interacciones entre un niño y un adulto. Las conductas abusivas no suelen limitarse a actos aislados pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) y exhibir deliberadamente los órganos sexuales, tocando o acariciando sus genitales, induciendo al menor a tocarlo, masturbarlo o estimular oralmente sus genitales. En algunos casos el agresor obliga al menor a que se involucre sexualmente con animales o que utilice un objeto de estimulación sexual y proyecta películas pornográficas incluso a tener sexo con el a través del teléfono o de e-mail. Las estadísticas mundiales indican que el abuso sexual infantil, representa un importante problema social y de salud en numerosas regiones⁴³.

Definición de Abuso Sexual: Es cualquier acto sexual con un niño que implique gratificación de un adulto o de un joven significativamente mayor.⁴⁴

Modos de Abuso Sexual. El abuso sexual es cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento

43 Jsc. Maltrato infantil y abuso sexual www.monografias.com/trabajos28/maltrato-infantil-abuso-sexual/maltrato-infantil-abuso-sexual.shtml - 31k (22-05-09/21:00pm).

44 Beers H Mark. Nuevo Manual Merck (De Información Médica General), Pág1952.

Tipos de Abusos Sexuales

- Penetración vaginal, oral, anal y las caricias



Figura. 15

Es frecuente que cuando un menor hace referencia a una agresión sexual no se le crea o no se le de crédito es por esta razón que los adultos deben estar informados sobre los factores (cuadro clínico) y características.⁴⁵

Factores Asociados.

Cuadro Clínico.

- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, signos asociados a sofocación parcial (petequias , marcas en el cuello).
- Cuerpo extraño en la vagina o el recto.
- Embarazo especialmente al inicio de la adolescencia.
- Disuria, defecación dolorosa, dolor abdominal.
- Prurito genital o anal.
- Infección urinaria.
- Hematomas en pubis, cara interna de los muslos y rodillas.
- Eritema, erosiones y/o petequias en región intra oral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando.

45 Dra. Muñoz Talavera Johanna, Óp. Cit. .

- Hematomas por succión en cuello y/o mamas.
- Hemorragia genital o rectal.
- Presencia de semen en piel, región peri oral, cavidad oral, genitales, ano o ropa.
- Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas.



Figura. 16

Lesiones específicas o compatibles (Vulvovaginales):

- Ausencia y ruptura del himen
- Dilatación himen > 5-6 mm.
- Anales y peri anales:
- Dilatación anal refleja > 15 mm. (sin material fecal).
- Verrugas peri anales.

Diagnóstico Diferencial

Lesiones Accidentales⁴⁶

- 1.- Lesión por caída.
- 2.- Lesión producida por el cinturón de seguridad.
- 3.- Lesiones no accidentales (masturbación, mutilación genital femenina).
- 4.- Prácticas nocivas de cuidado genital.

⁴⁶ Ibídem

Problemas Congénitos

- 1.- Fusión de labios.
- 2.- Defectos de la línea media.
- 3.- Rafe prominente.
- 4.- Hiperpigmentación peri anal.
- 5.- Colgajos de piel anal en la línea media.



Dermatitis de Pañal

Figura. 17

Problemas Dermatológicos.

- 1.- Dermatitis del pañal.
- 2.- Dermatitis seborreica, atópica o por contacto.
- 3.- Irritación por jabón u otros productos o ropas.
- 4.- Mala higiene y lesiones por parasitosis.

Problemas Anales

Sangrado rectal por diarrea infecciosa, Colitis, Ulceras, Fisuras, Tumor de recto, Estreñimiento crónico, Prolapso rectal, Hemorroides, Celulitis peri anal



Figura .18 Verrugas Venéreas

Comportamiento del Agresor.

Se puede dar la posibilidad de abuso sexual cuando los padres o tutores: ⁴⁷

- Observar al niño/a vestirse, desvestirse y/o cuando está en el baño, con el mismo fin tocarlo/a, besarlo/a o agarrarlo/a.
- Forzarlo/a a ver imágenes o películas, escuchar conversaciones sexuales, ver o presenciar actividades sexuales.



Figura. 19

- Tomarle fotos, videos o material fílmico en poses eróticas.

Cuando el niño es víctima de abuso sexual prolongado, usualmente desarrolla una pérdida de la auto-estima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad. El niño puede cambiar su comportamiento⁴⁸ y perder la confianza en todos los adultos hasta llegar a considerar el suicidio.

Comportamiento del Niño en el Abuso Sexual

1.- Masturbación excesiva

2.- Conocimientos y conducta sexuales impropios a su edad.

3.- Comportamiento seductor.

⁴⁷Rowen James S. Op.Cit.Pág192.

⁴⁸ El abuso sexual en la infancia y su prevención, www.guiainfantil.com/201/las-consecuencias-del-abuso-sexual-infantil.html - 37k

- 4.- Desorden del apetito (pérdida, anorexia, bulimia).
- 5.- Regresiones, incapacidad para controlar esfínteres.
- 6.- Problemas de sueño (Insomnios, miedo y pesadillas).
- 7.- Llanto continuo.
- 8.- Secretismo.
- 9.- Evidencia de abusos o molestias sexuales en sus dibujos, juegos o fantasías.

Complicaciones Biológicas, Psicológicas y Sociales.

El niño que sufre o sufrió algún abuso sexual tendrá consecuencias a corto y largo plazo. Por lo consiguiente la familia juega un papel importante en la recuperación física y emocional del niño.



Figura. 20

Consecuencias Acorto Plazo:

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas el alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima.⁴⁹

49 E. Echeburúa y P. de Corral .Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en *la infancia*scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext - 32k -.

Consecuencias a Largo Plazo: Estos efectos perturban al menor un 30%.⁵⁰ Así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones actúan de forma violenta y las mujeres lo canalizada en forma de conductas autodestructivas) como son los:

Trastornos Psicológicos Según los Periodos Evolutivos.

Preescolares

- Trastornos del sueño.
- Conductas regresivas.
- Intentos repetidos de desnudar los genitales del otro.

Escolares

- Mentiras.
- Excesiva sumisión frente al adulto.
- Fobias.
- Quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales).



Figura. 21

Adolescentes.

- Intento de suicidio.
- Excesiva inhibición sexual, promiscuidad y masturbación.

Adultos/as.

- Trastornos psicológicos y Disfunciones sexuales.

⁵⁰ Ibidem

2.3. Maltrato Psicológico.

El daño que recibe el niño por parte de sus padres o cuidadores tiene graves consecuencias sobre su desarrollo evolutivo y pueden llegar a determinar el éxito o el fracaso no sólo en el ámbito del aprendizaje escolar sino también en la competencia social.

Este fracaso se ha atribuido a la falta de estimulación permanente de padres que se preocupan excesivamente de aspectos conductual y de obediencia. Por lo que queda decir que es muy importante conocer la importancia de los indicadores de este abuso para su prevención.

Definición de Maltrato Psicológico: Va desde ignorarlos y no valorar su capacidad física e intelectual así como no reconocer sus éxitos o festejar sus errores hasta insultarlos



Figura. 22

Existen cinco categorías de comportamientos que constituyen al daño psicológico como son: El Rechazo, la Degradación, Aterrorizar, Ignorar, la Corrupción y Explotación que se dan en el infante⁵¹, por medios de los siguientes factores de riesgo y características.⁵²

51 Eduardo Daniel Fernández Consecuencias del maltrato emocional y/o psicológico en la niñez y la infancia www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=138 - 24k.

52 Ibidem

Factores de Riesgo.

- Percepción negativa del niño/a.
- Crisis familiares.

Características de los Padres o Tutores.

- Rechazo y aislamiento.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Dificultades para expresar adecuadamente el enojo.
- Personalidad rígida e inflexible.
- Inmaduros y dependientes.

Características en los Niños.

- Angustia marcada ante el llanto de otros niños/as
- Agresividad y negativismo.
- Hábitos desordenados (Comerse las uñas)
- Tips
- Falta de actividad exploratoria
- Rechazo a recibir ayuda
- Depresión, Ansiedad e Intentos de suicidio
- Aislamiento y Baja Autoestima
- Extrema dependencia.



Figura. 23

El daño y las heridas generadas a partir del abuso emocional y psicológico introducen al menor a una dimensión de pérdida de identidad y desmoronamiento de una infancia normal

Lista de Indicadores para Diagnostico.

- 1.- El niño entiende los sentimientos ajenos pero no los propios.
- 2.- El agresor siempre pone las necesidades de la víctima en último lugar.
- 3.- El agresor ignora la lógica y la razón.
- 4.- Manipula a la víctima para que se sienta culpable por cosas por las que no debería sentir culpa.

Consecuencias del Maltrato Psicológico.

Los niños aprenden de lo que viven y la falta de un entorno familiar hacen que se desarrollen copiando las mismas actitudes negativas considerándolas normales.⁵³ Produciendo grandes consecuencias tales como:

- Suelen padecer ansiedad crónica
- En pocas ocasiones demuestran alegría o placer.
- Tienen dificultades en el aprendizaje.
- El niño que no es amado tiene mala imagen de sí mismo y percibe un entorno amenazante y poco seguro.



Figura. 24

Su carácter suele ser triste, melancólico, frustrado y débil, pudiendo buscar salidas en las drogas, prostitución y otras dependencias; en consecuencia, a su vez, otro círculo de maltratos.

⁵³Rowen James S. Óp. Cit Págs191-192.

Ray Hefler y Henry Kempe desarrollan características psicológicas observadas en los niños que permiten sospechar que puede haber maltrato.⁵⁴

De 0 a 6 meses: Retraso psicomotor a la respuesta social.

De 6 a 12 meses: Falta apatía; falta de actividad ante los objetos y las personas, observación fría, retardo en el lenguaje, ausencia de contacto social, (coordinación motora pobre).

Preescolar: Disminución en la capacidad de juego, apatía, incapacidad para estructurar el juego, retardo en el lenguaje, incapacidad para expresar afecto, agresividad y negativismo.



Figura. 25

Se ha observado que los niños que sufren del maltrato psicológico por parte de sus cuidadores, son exageradamente temerosos y ansiosos.

Escolar: Dificultad en las relaciones interpersonales, falta de confianza auto-imagen pobre; múltiples miedos; falta de actividad exploratoria. De adultos suelen ser propensos a tener cuadros depresivos ya que se ha constatado que una de las causas principales de la depresión es la privación afectiva durante la infancia la cual puede ser enmascarada con otros trastornos conductuales.⁵⁵

54 Velasco Montañés Leonardo Josué, Maltrato psicológico, físico y su relación con la convivencia familiar de los estudiantes www.monografias.com/.../maltrato-psicológico...familiar.../maltrato-psicológico-convivencia-familiar-estudiantes... - 30k.

55 Re braca Shives L, Enfermería Psiquiátrica y de Salud –Mental,(conceptos básicos).Pág521

2.4. Fenómeno de Deprivación.

Durante los últimos 10 a 20 años se ha considerado que abusar del menor no solo consiste en golpearlo físicamente sino que ha abarcado una amplia gama de hechos destructivos que lesionan el bienestar físico, emocional, social y cognoscitivo del niño.



Figura. 27

Definición: Es cuando las personas responsables de cubrir las necesidades básicas del niño no las lleva a cabo.

Características del Menor Agredido.

Las raíces de las fallas en la educación de estos niños se puede expresar como:⁵⁶

- Afecto aplanado
- Incapacidad para experimentar placer.
- Desorganización.
- Híper vigilancia.
- Cuidado y vínculo inseguro.

Estos niños se proveen de barreras protectoras con incapacidad para tomar riesgos y ser dueños de sus acciones que viven bajo un mundo impredecible para ellos y altamente peligroso. Los vínculos entre padre e hijo empiezan a perderse en todos los grupos de edad, poseen un mal concepto de ellos mismos que se manifiestan por una reducida autonomía.

⁵⁶ Loredo A, Maltrato al Menor, Pág. 54

Dificultades de Aprendizaje

La capacidad intelectual está disminuida por dificultades cognitivas deficientes que se manifiestan en situaciones cotidianas como son:⁵⁷

1. A la Hora de Enfrentarse al Problema Presentan:

- Percepción borrosa.
- Carencia de conceptos y palabras.

2. Mientras se Resuelve el Problema como:

- Dificultad para Percibir un Problema y Definirlo
- Dificultad para Distinguir datos Relevantes de los Irrelevantes,
- Dificultades para Hacer Comparaciones.
- Escasez para Razonamiento Lógico.



Figura.26

En las habilidades sociales, incluyen una conducta antisocial, problemas de vinculación afectiva.

3. A la Hora de Comunicar los Resultados como:

- Carencia de un Vocabulario Adecuado,
- Falta de Precisión en la Comunicación.

57 Déficit Cognitivos y Meta cognitivos en Niños De privados Socio-Culturalmentemercu.wordpress.com/deprivación-sociocultural/ - 43k (24-05-09/ 17:46pm).

Características del Entorno Familiar y Social.

Se observa en los padres que el elemento esencial en el abuso del niño no es la intención de destruir al menor si no más bien la capacidad del progenitor o tutor para criarlo a su hijo.⁵⁸

Mc Cord y colaboradores clasificaron a las familias de niños maltratados en 4 grupos en: ⁵⁹

- 1.- Padres Rechazan téis:** Son los que tienen disgusto con el niño.
- 2.- Padres Descuidados:** Son los que presentan poco interés o compromiso emocional con el niño.
- 3.- Padres Abusivos:** Los que abusan físicamente del niño.
- 4.- Padres Amorosos:** Falta de interés acerca del bienestar del niño.

Las características ya mencionadas anteriormente provoca con el tiempo una alteración orgánica y no orgánica que llevan a estos niños a ser estudiados por diferentes grupos de médicos, las cuales de no conocer adecuadamente la historia del maltrato y sus factores predisponen téis afectaran a un diagnostico por ello se debe conocer las variedades clínicas.⁶⁰



Figura.28

58 Loredo A, op.cit, Pág.54

59Ibídem.

60Ibídem. Pág.55

Variantes Clínicas: Detención del Crecimiento, Anorexia Nerviosa y Bulimia.



Figura. 29

Detención del Crecimiento. Es conocido que los niños descuidados pueden presentarse retardo en su crecimiento y desarrollo llegando a producirse cuadros de desnutrición.

Anorexia Nerviosa y Bulimia.

Se define este padecimiento como la parición de inanición voluntaria con pérdida excesiva de peso y masa muscular que comprende dos características importantes:

- 1.- Casi se siempre se presentan en mujeres adolescentes.
- 2.- Cuando inician dietas para perder peso ya que refiere estar demasiado obesas.

Estos actos lo realizan el niño escolar ó adolescente que ya entienden el problema, en algunas ocasiones estas son formas para llamar la atención desafortunadamente para buscar un afecto de amor que no tienen de sus padres.



Figura. 30

CAPITULO 3. TIPOS DE SINDROMES IDENTIFICADOS EN EL MALTRATO DEL MENOR.

3.1. SINDROME DEL NIÑO ZARANDEADO Ó SACUDIDO.

Definición: Es la sacudida violenta que ocasiona lesiones severas en el bebé como daño cerebral permanente o la muerte, generalmente ocurren en menores de 2 años, pero puede presentarse en niños de hasta 5 años.⁶¹



Figura 31

Consideraciones generales: Esta sacudida tiene lugar cuando el bebé está llorando inconsolablemente y la persona que lo cuida se ve frustrada perdiendo el control.⁶² Existiendo un gran peligro que el niño se golpee en la cabeza contra un objeto suave, como un colchón o una almohada.

A continuación se mencionara algunos factores que hacen a los bebés más vulnerables a la fuerza causada por el síndrome del latigazo:⁶³

- La cabeza de un bebé es grande y pesada en proporción con el resto de su cuerpo.
- Existe un espacio libre entre el cerebro y el cráneo para permitir el crecimiento y el desarrollo.
- Los músculos y ligamentos del cuello del bebé son débiles y aún no se han desarrollado por completo.
- La cabeza del bebé es suave y frágil

61 Síndrome del Niño Sacudido www.pediatraldia.cl/nino_sacudido.htm - 20k

62 Dr. Loredo Abdalá A, Briones Zúbira V. op.cit págs. 13-14.

63 Síndrome del Niño Sacudid. op.cit.

Causas:

En la mayoría de los casos el progenitor o cuidador en un momento de enojo sacude al niño para castigarlo o calmarlo sin embargo estas personas a veces no tenían el propósito de hacerle daño.⁶⁴

Signos y Síntomas

Se trata de un amplio conjunto de signos y síntomas que pueden variar de leves a severos y de inespecíficos a obvios, caracterizadas por hemorragias, fracturas múltiples (visibles en las radiografías) y hematomas subdurales.⁶⁵

Los síntomas pueden variar de leves a graves ejemplo:

- Irritabilidad extrema u otros cambios en el comportamiento
- Letargo, adormecimiento, ausencia de sonrisa
- Alimentación deficiente, falta de apetito
- Pérdida del conocimiento
- Piel pálida o azulada
- Vómitos
- Convulsiones (ataques)
- Paro respiratorio

El cuadro clínico en sus inicios es muy confuso, por la información escasa que brindan los padres y por tratarse además de niños muy pequeños, en los cuales se piensa en última instancia en la posibilidad, de que tienen secuelas irreversibles del SNC, como consecuencia de la falta de oxígeno.

64 Síndrome del Niño Maltratado. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000004.htm

65. Dr. Loredo Abdalá A, Briones Zúbirá V. PAC Pediátrico. Pág.15.

Diagnostico.

Un niño de corta edad con manifestaciones neurológicas y oftalmológicas graves sin causa aparente, se tiene la que considerar esta forma de agresión.⁶⁶La revisión del ojo es fundamental cuando existe una hemorragia en la retina y/o vítrea puede ser el punto de partida para establecer el diagnostico.

Estudios de Laboratorio.

a.- Biometría Hemática Completa y Ego.

b.- Pruebas de Función Hepática.

Estudios de gabinete.

a.- Radiografías de Tórax, Cuello y Huesos Largos.

b.- Ultrasonido. Transfontanelar.

c.- Tomografía axial computarizada de cráneo.

d.- Resonancia magnética de cráneo.

El síndrome del latigazo cervical



Figura. 32

El síndrome del latigazo cervical o desnuca miento se presenta cuando los tejidos blandos del cuello se lesionan producto de una sacudida repentina o un "movimiento súbito" de la cabeza. Este tipo de movimiento tensiona los músculos y ligamentos del cuello más allá de su rango normal de movimiento

66.Ibidem

3.2. SINDROME DE MÜNCHAUSEN.

ANTECEDENTES

El término fue introducido en 1977 por Roy Meadow tomado de Richard Asher (1951) donde describe el síndrome de Munchausen en "en pacientes adultos que presentan historias clínicas espectaculares llenas de mentiras para conseguir seguridad hospitalaria y atención médica" se le atribuye este nombre por el fantasioso barón Von Munchausen de origen alemán del siglo XVI que relataba extraordinarias historias sobre sus proezas como soldado y deportista.

Meadow introduce "por poderes" ya que se trata del caso en que una persona inventa la sintomatología de otra como en niños que son mas vulnerables⁶⁷

Definición: Es una forma de abuso infantil caracterizada por los padres que inducen al niño a tener síntomas reales o aparentes de una enfermedad inexistente⁶⁸



Figura. 33

Causas, Incidencia y Factores de Riesgo

Son raras y poco comprendidas las causas de riesgo⁶⁹. Que pueden tomar diferentes formas como el de añadir sangre a la orina o heces del infante, dejarle sin alimento, inventando procesos febriles y simular vómitos o diarreas.

⁶⁷ Síndrome de Mahuhausen. [wikipedia.org/wiki/cenicienta_\(desambiguación\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Síndrome_de_Munchausen) - 18k.

⁶⁸ .Síndrome de Munchausen www.zonapediatrica.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=763 - 73k..

⁶⁹ Dr. Loredo Abdalá A, Briones Zúbirá V. op.cit. Pág,17

Características del Perpetrador. La mayoría de los autores refieren que la madre es el principal agresor alcanzado cifras del 90%. Sin embargo también se ha podido precisar que el padre puede ser agresor “pasivo” de esta manera la coparticipación de ambos en el desarrollo de este síndrome.⁷⁰

Edad del Agresor. No hay una edad específica en la que el perpetrador agrega al menor pero se ha observado que habitualmente son adultos jóvenes.

Ocupación. Se ha encontrado que la mayor parte de los agresores tienen un nivel profesional, que contrasta con el de su pareja quien habitualmente puede tener escolaridad básica.

Características del Menor

Edad y Género. En estos pacientes el generó no muestra una diferencia significativa.

Perfil Psicológico del Perpetrador. La importancia de conocer el perfil psicológico de estos enfermos permitirá realizar un diagnóstico oportuno⁷¹

Características.

- Poca Tolerancia a la Frustración, Depresión.
- Distorsión en la Percepción hacia si Mismo y de los Familiares.
- Rasgos Obsesivos Compulsivos, Psicóticos y Ficticios

Perfil del Menor.

- La sobreprotección que se le tiene al niño.
- Es rechazado desde el embarazo y después del nacimiento
- Conductas manipuladoras.

⁷⁰ Ibídem Pag.18

⁷¹ Ibidem Pág19

Variedades Clínicas. En el transcurso de la historia de la patología fue inicialmente estudiado en el adulto y posteriormente al niño. Por lo tanto el síndrome ha sido descrito de diversas formas⁷²

En el Adulto.

Síndrome de Munchausen Puro: Es la forma clásica donde el propio individuo “elabora o fabrica su enfermedad”

En el Niño

Síndrome de Polle: Es donde la madre es portadora del síndrome de Munchausen y provoca el síndrome de poderes en el hijo.

Síndrome de Munchausen Juvenil: El adolescente se “auto agrede” para simular una enfermedad o se “fabrica” una.

Signos y Síntomas. Actualmente se han informado más de 100 síntomas las más comunes incluyen el dolor abdominal, vómito, diarrea, la pérdida de peso, cólicos, el apnea, las infecciones, las fiebres, sangrado, envenenamiento y letargo.

- Comportamiento excesivamente atento de la madre o tutor.
- A menudo la persona está involucrada en un campo de la salud
- Fingir "patológicas" sin causa demostrada.
- Historias dramáticas con ideas verdades ó falsas.
- Antecedentes de múltiples atenciones e ingresos en muchos hospitales.



Figura. 34

72 Ibidem. Págs.19-21

Diagnóstico: El interés de un diagnóstico precoz debe basarse en los indicadores de este síndrome para obtener así un diagnóstico real como se muestra en el siguiente listado. ⁷³

Indicadores de Diagnóstico en el Niño:

- 1.- Síntomas difíciles de encasillar.
- 2.- Antecedentes familiares de muerte infantil no aclarada.

Indicadores de Diagnóstico en el Perpetrador.

- 1.- Los signos y síntomas no ocurren en su ausencia
- 2.- Rehúye dejar solo al niño en el hospital.
- 3.- Trata de establecer estrechas relaciones con médicos y enfermeras

Consecuencias a Corto y Largo Plazo.

En los bebés existe la hiperactividad, en los preescolares hay conductas conflictivas. En escolares tienen problemas de conducta e incluso desórdenes de alimentación y los niños más grandes toleran a sus padres en el abuso de la creación de enfermedades médicas fabricadas.⁷⁴

⁷³ Síndrome de Münchausen. op.cit

⁷⁴ Ibídem.

CAPITULO 4. SITUACIÓN JURÍDICA EN EL MALTRATO INFANTIL.

41. SITUACIÓN JURÍDICA EN EL NIÑO.

La ley proteja a todo niño y castiga a aquel que se atreva a causarle algún daño, aunque el agresor sea también un menor.⁷⁵ Afortunadamente existen instituciones que ayudan y vigilan los derechos de los infantes ya sea a nivel nacional ó internacional que a continuación mencionaremos:

Situación Jurídica a Nivel Internacional

- 1.- La Comisión de los Derechos Humanos.
- 2.- El Comité de los Derechos Humanos.
- 4.- Comité de los de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- 5.- El comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.
- 6.- El comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.
- 7.- El Comité contra la Tortura.

Estas instituciones fueron establecidas para vigilar el ejercicio y compromiso con la organización de las naciones unidas mejor conocida como la ONU establece el artículo 19 este documento dispone que los estados participantes adoptaran todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

⁷⁵ Monografía, Derechos de los Niños y los Jóvenes, No 994

Existen otros organismos que también se encargan de proteger a los niños y jóvenes como es:⁷⁶

OMS: Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, Suiza que intenta mejorar su salud y reducir los índices de mortalidad infantil.

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, que lucha contra el hambre y la desnutrición.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura que trata de erradicar el analfabetismo y elevar el nivel educativo de los niños y jóvenes.

Situación Jurídica del Menor Maltratado en México.

México como miembro de la Organización de las Naciones Unidas y Organización de Estados Americanos ha adoptado medidas legislativas internacionales encaminadas a la protección de los derechos de la niñez. La Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión aprobó su filiación a este convenio internacional el 19 de junio de 1990 que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de julio del mismo año y con decreto promulgatorio del 25 de enero de 1991.

Adicionalmente en nuestro país emerge la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos donde existe un marco jurídico que fundamenta las conductas legales vinculadas con el maltrato a menores, la investigación de delitos y la administración de justicia. Estas leyes se encuentran establecidas en el Código Civil y Código de Procedimientos Civiles así como en el Código Penal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal y el resto de las entidades federativas.

⁷⁶ *Ibidem*.

Leyes que se derivan de las anteriores para la protección del menor son:

1. La ley de asistencia y prevención de la violencia familiar protege y asesora.
- 2.-La ley general de educación regula la enseñanza que imparte el estado.
- 3.- La ley federal del trabajo cuida que exista el respeto, la libertad y dignidad en el cualquier oficio o profesión.
- 4.-La ley general de salud reglamenta el derecho a la salud y establece las bases para el acceso a estos servicios.
- 5.- Ley para el tratamiento de menores infractores que reglamenta la protección de los derechos de los menores y procura la readaptación social.

4.2 DERECHOS DE LOS NIÑOS.

Declaración de los Derechos Humanos

En este documento se admite que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle y reconocer necesidad de que el niño sea feliz exhortando a los padres, a las organizaciones particulares, a autoridades locales y a los gobiernos nacionales que reconozcan estos derechos y luchen por su conservación.



Figura. 35

Se garantizara los derechos a la vida, a la no discriminación por razón de sexo, raza, religión. La declaración de los derechos de los niños fue aprobada el 20 de noviembre de 1959, por la Asamblea General de la ONU.⁷⁷

Los Derechos de la Niñez son una especificación de los derechos humanos para todos los menores de 18 años y constituyen el reconocimiento de los niños y las niñas como personas.⁷⁸

Dicha declaración permite:

- Visualizar a los niños y las niñas quienes histórica y culturalmente han sido considerados como objetos de derechos y no sujetos de esos derechos
- Responder a las particularidades de esta etapa del desarrollo humano .



Figura. 36

- Orientar las acciones relacionadas con la niñez desde todos los ámbitos especialmente desde las políticas públicas

77 Derecho de los Niños. www.lospinos.org/derechos.html.

78. Derechos Humanos www.cndh.org.mx/losdh/losdh.htm.

Con diez principios cuidadosamente redactados la Declaración establece los derechos del niño para que disfrute de protección especial y disponga de oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse felizmente en forma sana y normal en condiciones de libertad y dignidad.

PRINCIPIO 1. Establece que los derechos enunciados en la Declaración serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna.

PRINCIPIO 2. Prevé que el niño gozará de protección especial y podrá disponer de las oportunidades, servicios que le permitan desarrollarse en forma sana.

PRINCIPIO 3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

PRINCIPIO 4. El niño tiene derecho a disfrutar de los beneficios de la Seguridad Social, por lo tanto de alimentación, vivienda, recreo y servicios médica adecuados.

PRINCIPIO 5. Los niños con alguna enfermedad o discapacidad física o mental, deben recibir tratamiento, educación y cuidados especializados.

PRINCIPIO 6. Los niños, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesitan de amor y comprensión.

PRINCIPIO 7. El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales.

PRINCIPIO 8. Los niños deben ser los primeros en recibir protección y socorro.

PRINCIPIO 9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación.

PRINCIPIO 10. El niño debe ser protegido contra las prácticas discriminatorias.

CAPITULO 5. PROGRAMAS NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE MALTRATO INFANTIL.



Figura. 37

Se han establecido estrategias encaminadas a superar las situaciones que laceran en forma significativa a la niñez creando sistemas de investigación especializada en la evaluación, prevención y tratamiento para ello se realizan programas concretos encaminados a la promoción del bienestar social que proporcionan resultados de seguridad física y moral para la niñez.

PROGRAMAS NACIONALES

Programa Nacional de Salud 2007- 2012.

Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012 y con una visión prospectiva hacia el 2030, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007- 2012, que cuenta con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción. Este programa es un producto colectivo. Se elaboró con la participación de todas las instituciones del sector, todas las entidades federativas y con un amplio número de organizaciones de la sociedad civil. Además recogió las inquietudes de la sociedad a través de los 13 Foros de Consulta Ciudadana y de las comisiones de salud y seguridad social del Congreso de la Unión.⁷⁹

79 Programa Nacional de Salud 2007-2012. alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf -.

Objetivos:

1. Mejorar las Condiciones de Salud de la Población.
2. Reducir las Brechas o Desigualdades en Salud mediante Intervenciones Focalizadas en Grupos Vulnerables y Comunidades Marginadas.
3. Prestar Servicios de Salud con Calidad y Seguridad.
4. Evitar el Empobrecimiento de la Población por Motivos de Salud; y
5. Garantizar que la Salud contribuya al Combate a la Pobreza y al Desarrollo Social del País.

Estrategias.

Como se menciona antes son 10 estrategias que maneja el plan nacional pero nos enfocaremos a la número dos ya que esta redacta y establece puntos muy importantes para el desarrollo del tema

Estrategia 2. Fortalecer e Integrar las Acciones de Promoción de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades esta cuenta con 16 líneas de acción citaremos las más importantes que se relacionan con el contexto.

2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud

2.2 Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables. En este punto se trata de la:

Construcción de una nueva cultura para una mejor salud. Con el fin de crear una cultura que promueva conductas saludables, se pondrá en marcha un Programa Único de Comunicación en Salud que reforzará los determinantes positivos de la salud, como la actividad física, la alimentación saludable, la reducción del consumo de tabaco y la seguridad vial, entre otros.

2.3 Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia

2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación

En este apartado se observa una estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud: que abarca 10 componentes tiene como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas:

1. Intervenciones por grupo de edad.
2. Conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud.
3. Programa Único de Promoción Educativa en Salud.
4. Reforma de la acción comunitaria para la salud.
5. Fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
6. Desarrollo de capital humano en salud pública.
7. Entornos favorables a la salud.
8. Políticas públicas saludables.
9. Abogacía y gestión intersectorial a favor de la salud.

10. Generación de evidencias científicas para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

En este punto se maneja **el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia** tiene como propósito desarrollar acciones integrales para **promover la salud de los adolescentes** haciendo énfasis en:

- 1.- Diversos Factores Protectores y de Riesgo.
- 2.- Los Derechos de los Adolescentes.
- 3.- El género y
- 4.- La Promoción de la Salud.

2.5 Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.

2.6 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal.

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva responsable.

En este apartado maneja el programa Violencia de género y salud en México.

2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS

2.11 Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco, y drogas ilegales y médicas no prescritas

2.15 Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia

Programas del DIF:

Este programa promueve políticas públicas a través de estrategias de prevención y atención para incidir en el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. De esta manera promueve el ejercicio pleno de sus derechos y les brinda la oportunidad de recibir una formación integral. ⁸⁰

Cuenta con los Programas de Atención a la Infancia y Adolescencia

1.- Atención a niñas, niños y adolescentes fronterizos:

Este programa busca conjuntar esfuerzos y acciones entre las instancias de los tres órdenes de gobierno, instituciones públicas, privadas y organismos de la sociedad civil nacionales e internacionales, con el fin de prevenir y atender las necesidades de los niños, niñas y adolescentes migrantes y repatriados que viajan solos y las problemáticas colaterales a que están expuestos, así como promover acciones coordinadas de protección y contención familiar y comunitaria.

- Fortalecer la coordinación interinstitucional para la atención del fenómeno de la migración infantil.

2.- Trabajo Infantil Urbano Marginal:

Entre las políticas del Programa de Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal (PROPADETIUM), destacan el fortalecimiento familiar y escolar, mismas que permiten dar prioridad a la atención de las niñas, niños y adolescentes trabajadores, a fin de privilegiar el eje educativo como estrategia fundamental para impulsar la permanencia o reincorporación de estos grupos de población a alguna modalidad educativa, considerando que este es un espacio de protección y formación, que contribuye a dotarlo de las capacidades que le permitan un mejor desarrollo.

80 .Programas. dif.sip.gob.mx/infancia adolescencia/?contenido=216.

Objetivo:

Prevenir y atender el trabajo infantil no formal mediante la promoción de redes comunitarias.

3.- Prevención de Riesgos Psicosociales:

El Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales cuenta con estrategias encaminadas a contribuir a la disminución de las causas y consecuencias que genera el fenómeno de las adicciones apoyándose de la prevención con un enfoque de riesgo-protección.

Objetivo:

Favorecer en las niñas, niños, adolescentes, familias y comunidades el desarrollo de habilidades y actitudes que les permitan tener mayor capacidad de respuesta, a través de impulsar en los sistemas estatales y municipales DIF.

4.- Programa de Prevención y Atención de Embarazos en Adolescentes (PAIDEA):

Tiene como objetivo la prevención de riesgos de exclusión social propiciados por el embarazo no planeado en esa edad, sobre todo para las jóvenes que viven en condiciones de marginación, quienes tienen que enfrentar además un conjunto de consecuencias en la esfera personal, familiar y social.

5.- Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez

El programa fomenta el ejercicio de los derechos de la niñez mediante la promoción de la aplicación del contenido de la Convención sobre los Derechos del Niño entre los sistemas DIF, quienes realizan acciones de difusión y promoción de los derechos de la niñez entre la población, especialmente entre las niño

Objetivo:

Contribuir a cimentar una cultura nacional de respeto, salvaguarda y tolerancia hacia la población infantil, a través de la instrumentación de estrategias encaminadas a generar un proceso de un cambio social.

6.-Atención a la Salud del Niño:

Este programa promueve una cultura de la salud en las niñas y los niños que asisten a los CADI y CAIC como estrategia de prevención y disminución de los riesgos a la salud para desarrollar conocimientos, hábitos, actitudes y conciencia entre los diferentes actores de los centros educativos, sobre el auto cuidado y saneamiento entre las niñas y los niños menores de seis años, sus familias y la comunidad a la que pertenecen. Se opera a través del "Club Salud del Niño" que es un programa de atención a la salud, emanado de la Secretaría de Salud.

7.- Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC):

Los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC) proporcionan protección y formación integral a un mayor número de niños y niñas entre dos años y cinco años 11 meses que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad a través de acciones educativas, se apoya a las madres trabajadoras, jefas de familia y amas de casa, que carecen de los servicios asistenciales y educativos para el cuidado y formación integral de sus hijos.

8.-Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI)

Los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) brindan atención integral a menores de 45 días a cinco años 11 meses de edad, hijos de madres trabajadoras de escasos recursos económicos, preferentemente carentes de prestaciones sociales y a familias que se encuentran en una situación especial con la finalidad de favorecer el desarrollo del menor, así como promover la participación activa y

responsable de la familia en beneficio de los menores y una cultura de respeto y pleno ejercicio de sus derechos. Favorecer el estado nutricional del menor, mediante una dieta que contenga los requerimientos alimenticios de acuerdo a su etapa de desarrollo

9.- De la Calle a la Vida:

Con este programa se impulsa el enlace y la coordinación entre los sectores públicos y privados para la prevención y atención del fenómeno de la niñez en situación de calle.

Objetivo:

Contribuir a dar solución y atención integral, a mediano plazo, a la problemática de las niñas, niños y jóvenes en situación de calle en las principales zonas metropolitanas del país.

10.- Programa de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes en

Desamparo: Garantiza la protección y el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes que por alguna situación de vulnerabilidad social se encuentran en riesgo, en abandono o sujetos de maltrato, promoviendo el acceso a los satisfactorias básicos de desarrollo, al ejercicio pleno de sus derechos y a una formación con sentido humano, que potencie sus capacidades individuales y al acceso a una vida digna.

Programas del MISS para el Bienestar del Niño Sano:

El Instituto ha diseñado e implantado la estrategia de Programas de Salud, más conocida como PREVENIMSS que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, basándose en el plan nacional para mejorar la salud de sus derechohabientes.⁸¹ Consiste en otorgar las acciones preventivas que

⁸¹ Programas de salud, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/niños.htm>.

corresponden a cada grupo de edad y sexo con una sola consulta que realiza al servicio de medicina preventiva.⁸² . Se le proporciona “la Guía para el Cuidado de la Salud “(Es esta guía es para el cuidado de la salud de los niños menores de diez años,) que brinda información sobre cuál es la conducta a seguir por parte de los padres, para propiciarle buen crecimiento y desarrollo de sus hijos. Con este instrumento de valoración la enfermera realizara acciones preventivas para el abuso del infante.

Recién Nacidos Menores de 3 días de Edad.

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	1.- Entregar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud 2.- Invitar a la lectura de temas relacionados al cuidado del recién nacido y a sesiones educativas
Nutrición	1.- Medir peso y talla 2.-Evaluar el estado nutricional 3.- Administrar 50,000 UI (una gota) de vitamina "A"
Prevención y Control de Enfermedades	1.- Aplicar la vacuna de BCG
Detección Oportuna de en Enfermedades.	1.-Toma de muestra de sangre para la detección de hipotiroidismo congénito en la U.M.F. ha los cinco días de edad para tamiz neonatal ampliado.

⁸² Programa de salud menor a 10 años www.imss.gob.mx/salud/Mujer/Programa01.htm.

Niños Menores de un Año de Edad

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<p>1.- Entregar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud</p> <p>2.- Invitar a la lectura de temas relacionados al cuidado del niño menor de un año y a sesiones educativas.</p>
Nutrición	<p>1.- Medir peso y talla</p> <p>2.-Evaluar el estado nutricional</p> <p>3.- Administrar sulfato ferroso: Inicio a los 2 meses en niños de bajo peso al nacer, Inicio a los 4 meses en niños de peso normal al nacer.</p>
Prevención y Control de Enfermedades	<p>1.- Aplicar Vacunas: 2, 4 y 6 meses de edad: Sabin (anti poliomielítica) 2, 4 y 6 meses de edad: Pentavalente (DPT, Hib y HB) 6 a 11 meses de edad: Anti influenza (Oct., Nov., Dic., Ene) 2 dosis con intervalo de un mes</p> <p>Revisar esquema de vacunación de acuerdo a la edad y aplicar vacunas faltantes.</p>

Niños de un Año de Edad

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	1.- Promoción Entregar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud 2.- Invitar a la lectura de temas relacionados al cuidado del niño de 1 a 4 años y de 5 a 9 años, a sesiones educativas
Nutrición	1.- Medir peso y talla 2.-Evaluar el estado nutricional
Prevención y Control de Enfermedades	1.- Aplicar vacunas: 2 y 4 años de edad DPT (difteria y tétanos), 6 años de edad SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) Revisar esquema de vacunación de acuerdo a la edad y aplicar vacunas faltantes A partir de los 3 años cada año: capacitar en la técnica de cepillado dental, detectar la placa dentobacteriana y aplicar flúor tópico
Detección Oportuna de en Enfermedades.	1.- Evaluar la agudeza visual a los niños de 4 años de edad.

Programa de salud del adolescente de 10 a 19 años.

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<p>1.- Entregar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud</p> <p>Invitar a la lectura de temas relacionados al adolescente y a sesiones educativas</p>
Nutrición	<p>1.- Medir peso y talla</p> <p>2.-Evaluar el estado nutricional</p>
Prevención y Control de Enfermedades	<p>1 Aplicar vacunas: Sarampión- rubéola, Tétanos-difteria, Hepatitis B.</p> <p>2.- Entregar condones de manera informada</p> <p>3.- Promover el cepillado dental. Detección de placa dentobacteriana</p> <p>4.- Administrar Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar</p>
Detección Oportuna de en Enfermedades.	<p>1. Solicitar acilos copia para la detección de BAAR en pacientes que presenten tos con flemas.</p> <p>2.- Evaluar la agudeza visual a los 12 y 15 años de edad</p>
Salud Reproductiva	Promover métodos anticonceptivos en adolescentes que han iniciado vida sexual

Programas de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

Programa de Salud Mental

A través de la Dirección de Salud mental y Adicciones pondrán en marcha el programa de Salud Mental que tiene como finalidad la prevención y promoción de la salud en sus diversos niveles de atención. Para los centros de salud se llevara a cabo medidas de prevención y promoción, así como la detección de problemas psicosociales.⁸³ En los hospitales Materno Infantiles se realizará la formación de clínicas de Salud Mental las cuales tendrán la finalidad de promover la relación madre-hijo, así como prevenir detectar e incidir (si es necesario), en la problemática del vínculo Materno-Infantil.

Prevención y Atención de la Violencia de Género: El objetivo del programa es disminuir la incidencia de daños, secuelas y complicaciones de agresiones, principalmente a mujeres, mediante la atención oportuna a víctimas de violencia de género. Para ello se ofrece ayuda médica y psicológica individual, familiar, de pareja y grupal en los diferentes centros de salud y red hospitalaria del Gobierno del Distrito Federal.

Salud Escolar: El programa coadyuva a mejorar el bienestar y calidad de vida de los niños que cursan la educación primaria, mediante acciones que fomentan el auto cuidado de la salud y la adopción de un estilo de vida saludable, así también promover la participación social y la constitución de escuelas saludables.

Apoya en la detección de problemas visuales, auditivos, defectos posturales, cardiovasculares, respiratorios, bucodental, nutrición, detección de placa dentobacteriana, instrucción de cepillo, uso correcto del hilo y enjuagues de fluoruro.

83 Programas en salud, www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=24.

Salud Sexual y Reproductiva. Es un programa de orientación sobre relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual y disminución de embarazos no deseados en los jóvenes. Se identifican los riesgos para poder implementar acciones de prevención y tratamiento, coadyuvando en la disminución de la mortalidad materna y perinatal, esto por medio de orientación de otros servicios que ofrece el programa, como la consejería sobre métodos anticonceptivos. Se otorga además información sobre planificación familiar.

5.2 Programas Internacionales.

Estos programas fueron realizados en el continente europeo en la cual se guían para la prevención y cuidado del abuso del menor.⁸⁴

Programas de prevención

Prevención primaria

- 1.- **PrevInfad:** Promoción del buen trato a la Infancia en el ámbito de atención primaria
- 2.- **Foro contra el maltrato infantil:** Prevención y detección del maltrato infantil
- 3.- **Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:** Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos
- 4.- **SIMORE (Chile):** Evaluación del riesgo psicosocial durante la gestación"
- 5.- **Centro de Fortalecimiento Familiar ESCAPE:** Previne el maltrato a menores en Puerto Rico
- 6.- **Fundación "Amparo" (Argentina):** Prevención en las escuelas

⁸⁴ Prevención del Maltrato infantil. www.unicef.org/spanish/protection/index_action.html.

Prevención secundaria

- 1.- **Gobierno de Cantabria. Irene Intebi:** Valoración de sospechas de abuso sexual infantil.
- 2.- **Asociación Afecto contra el maltrato infantil:** Programas de Prevención desde Colombia
- 3.- **Instituto madrileño el menor y la familia:** Atención al abuso infantil desde el ámbito sanitario
- 4.- **Instituto madrileño el menor y la familia:** Atención al niño en situación de riesgo biospico-social desde el ámbito sanitario
- 5.- **Instituto madrileño el menor y la familia:** Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil
- 6.- **Instituto madrileño el menor y la familia:** Atención maltrato infantil desde salud mental

Prevención terciaria

- 1.- Instituto madrileño el menor y la familia: Atención abuso sexual infantil.
- 2.- Save The children: Tratamiento de Jóvenes Agresores Sexuales. Posibilidades y Retos. Madrid, España
- 3.- Save the children: Atención a los niños y niñas víctimas de violencia de género
- 4.- Instituto madrileño el menor y la familia: Atención de enfermería al maltrato infantil.
- 5.- Programa Europeo DAPHNE: Prevención de la Violencia ejercida hacia la infancia, la adolescencia y las mujeres.

CAPITULO. 6 PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL MALTRATO.

6.1 Prevención y Cuidados de Enfermería.



Figura 38.

El abuso infantil es un problema real y no desconocido para los profesionales de enfermería, es necesario realizar acciones de prevención por medio de la promoción a la salud detectando así situación que generen agresión ó descuido al menor, por ello es preciso tener conocimiento del tema haciendo énfasis a las intervenciones, cuidados y rehabilitaciones del niño. De igual forma corresponde la participación, coordinación del equipo multidisciplinario sanitario para establecer un mejor diagnostico y tratamiento, por lo consiguiente es preciso referir la importancia del tipo y frecuencia de maltrato estas tendrán repercusión a corto ó a largo plazo es importante mencionar que estas acciones se deben realizar a nivel clínico y hospitalario.

Es importante identificar y sospechar la magnitud de las lesiones cubriendo las siguientes facetas: ⁸⁵

- 1.- Al Paciente.
- 2.- Al Núcleo Familiar.
- 3.- En el Aspecto Etiológico Multidimensional (social).

⁸⁵ Escobar E, Carpio O, op.cit. Pág151.

1.- Al Paciente.

Estará encaminado primeramente a cubrir las alteraciones de urgencias se deberá dar preferencia a aquellas que pongan en peligro la vida esto. Por lo general es necesaria la participación de diversas especialidades que deben ser coordinadas por el ó la pediatría.

Una intervención inicial es principalmente proteger al niño de sus agresores para ello es indispensable que permanezca hospitalizado un mínimo de 24horas, mientras es posible realizar el diagnostico de certeza e iniciar tratamiento y resolución legal.

2.- Al Núcleo Familiar.

Es conveniente la formación de grupos de especialidades en diversas disciplinas acompañados por un trabajador social, un psicólogo y de ser posible, por los aspectos legales del problema como lo es un abogado, todo esto con el fin de dar a los padres el apoyo necesario para la corrección de la conducta anormal que presente y en esta forma poder reintegrar al niño a su núcleo familiar.

Es necesario que se cite frecuentemente al paciente a consulta con su medico tratante además se debe realizar por lo menos una visita del personal de salud al domicilio.

3.- En el Aspecto Etiológico Multidimensional (social).

Este punto es el más complicado para el tratamiento ya que esta encaminado a mejorar las condiciones generales de la familia así como las relaciones intrafamiliares y del medio ambiente.

La Enfermería cuenta con la aplicación de métodos científicos que le permite dar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática que utiliza para tener una mejor participación en la detección del abuso, garantizando así la calidad de las intervenciones. Estas herramientas pueden utilizarse conjuntamente y constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Es importante proporcionar información al paciente con un tono suave y normal, no insistir en preguntas que no quieran responder, asegurar la confidencialidad. Una vez conocida la multiplicidad de los factores del desencadenamiento del problema es necesario trabajar en ello; es preciso conocer las actividades que realiza la enfermera en este problema social y de salud a través de los niveles atención primaria, secundaria y terciaria⁸⁶

6.2 .Niveles de Atención en el Niño Maltratado.

Prevención Primaria.

Esta dirigida a la población general con el objeto de reducir la incidencia de nuevos casos eliminando factores de riesgo mediante promoción de la salud.⁸⁷ Por medio de los programas (mencionados en capítulo 5), nos sirven para planear estableciendo las acciones y actividades de enfermería.

1.- La Sensibilización y Formación de los Profesionales Sanitarios en:

A.- Detección y Prevención del Abuso Infantil.

⁸⁶ Mejías Lizancos F. Enfermería 521, Pp216.

⁸⁷ Johnson B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Pág875

2.- Prevención del Embarazo no Deseado:

Principalmente en mujeres jóvenes mediante la educación sanitaria en centros escolares y facilitando recursos de planificación familiar.

3.-Intervenciones en las Escuelas de Padres:

Proporcionar información en centros comunitarios promoviendo los valores de estima hacia la infancia por medio de los programas como son **Salud Escolar** (de la secretaría de salud del DF) **y el Bienestar del Niño Sano** (del IMMS), que sirven de guía para mejorar la calidad de vida de los niños que cursan la educación primaria para detectar los siguientes problemas enfermedades diarreicas, antiparasitarias, respiratorias ,visuales, auditivos, posturales y salud bucal. ⁸⁸

➤ **Promoción, Prevención y Atención de la Enfermedad Diarreica Aguda.**

Orientar a los Padres

1.- Identificación de Signos de Alarma

2.- Medidas Preventivas y Cuidados Generales

3.- Saneamiento Ambiental

4.- Higiene Personal y de los Alimentos

➤ **Promoción, Prevención y Atención de Infecciones Respiratorias Agudas.**

88 Acciones integrales en el menor de 0 a 5 años

➤ **Promoción, Prevención de Parasitosis y Atención Antiparasitaria.**

1.- Higiene Personal.

2.- Medidas de Higiene en la preparación y Consumo de Alimentos

➤ **Promoción, de la Salud bucal, Prevención y Atención Estomatológica.**

En la Salud Bucal

1.- Pproporcionar Auto Cuidado de la Salud Bucal

2.- Visita Periódica al Dentista.

3.- Identificación de Factores de Riesgo.

➤ **Promoción, Detección y Atención de Trastornos Visuales, Auditivos y Posturales.**

Trastornos Visuales.

1.- Detección Temprana de las Deficiencias de la Agudeza Visual

2.- Uso de la Cartilla Allen para Mayores de 2 Años

3.- Atención a los Trastorno Visuales Detectado

Promoción y Detección Auditiva

1.- El Cuidado de los Oídos.

2.- Enfermedades óticas mas Frecuentes.

3.- Importancia de la Detección y Atención Oportuna.

Promoción y Detección Musculo Esquelético.

Orientar y Promover

- 1.- El Desarrollo Músculo Esquelético.
- 2.- Importancia de la Detección y Tratamiento Oportuno de Problemas Posturales.

4.- Educación Maternal.

Brindar información en las consultas prenatales y orientación a las progenitoras jóvenes (adolescentes) de la relación afectiva intrauterina que existe nivel fisiológico y psicológicamente por ello es importante asesorarlas y crear una interacción con el bebe (avisar y explicar a la futura mamá que platicando con su hijo va ha fomentar lazos de comunicación de afecto) por lo consiguiente nos guiaremos de las acciones que sugiere la estrategia (de la secretaria de salud) estas van encaminadas a prevenir algunos problemas de la niñez:

2.6 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal.

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva responsable.

2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS.

2.11 Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco, y drogas ilegales y médicas no prescritas

2.15 Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia

➤ **Detección y Atención de Infecciones y Trastornos Congénitos.**

Informar a la Futura Madre sobre:

1.- Cuidados Prenatales

2.- Administración de ácido Fólico.

➤ **Cuidados Inmediatos y Mediatos del Recién Nacido.**

Alojamiento Conjunto, Cuidados Domiciliarios del Recién Nacido, Lactancia Materna

Agregaremos también los programas de prevención y atención de la violencia de género, salud mental, salud sexual y reproductiva para obtener actividades enfocadas a la problemática Materno/Infantil y su entorno.

5.- Fomento del Contacto Precoz.

Desde el momento del parto la asistencia del papá al parto intensificará los lazos de unión padre - Hijos favoreciendo las relaciones emocionales positivas entre ellos.

Durante el puerperio en el hospital se debe seguir fomentando las relaciones padre - madre – niño, ocupando los programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia que describe la estrategia del plan nacional de salud mediante intervenciones específicas como son (grupo por edad del IMSS y Atención a la Salud del Niño del DIF)

➤ **Vacunación.**

Orientar a los Padres o Responsable del Menor sobre:

- 1.- Enfermedades Prevenibles por Vacunación
- 2.- Importancia de Contar con Esquema Completo de Vacunación

➤ **Vigilancia Nutricional, Crecimiento y Desarrollo.**

Promocionar a la orientación a los padres o responsable del menor para la incorporación a grupos de estimulación temprana.

- 1.- Oportuna y Efectiva de acuerdo con la Edad y Desarrollo.
 - a.- Esta debe ser continua, dinámica, armónica e integral.
- 2.- Cantidad y Tipo de Estímulos Estrechamente Relacionados con las
 - a.- Capacidades e Intereses del niño.
 - b.- Identificación de factores de riesgo para desnutrición y obesidad.
 - c.- Vigilancia de crecimiento y desarrollo
 - d.- Desparasitación intestinal periódica

➤ **Vigilancia Nutricional Crecimiento y Desarrollo**

- 1.- Gráfica peso para la edad niño/as: Vigilar la
 - a.- Evolución de la niño/a cuando se sigue su curva de crecimiento
 - b.- Gráfica talla para las edades niño/as: Refleja una desnutrición crónica
 - c.- Gráfica peso para la talla niño/as: El bajo peso para la talla refleja una

pérdida reciente, es decir una desnutrición aguda.

➤ **Atención**

Valoración de peso, talla, perímetro cefálico y desarrollo psicomotor.

Desnutrición leve y moderada

Sobre peso u obesidad.

6.-Información sobre Métodos Alternativos de Disciplina.

Hay que reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo del niño, brindar orientación practica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva, con refuerzos positivos a la buena conducta del niño, reduciendo la confrontación padres –hijos y promoviendo la estimulación del niño y su estabilidad emocional.

7.- Refuerzo Positivos a los Padres.

Se debe identificar los puntos valiosos y positivos de los padres alabar sus esfuerzos su autoestima y competencia.

La identificación del abuso puede ser un poco más fácil por el hecho de que este suceso esta en el núcleo familiar solamente se observar ó se detecta por medio de la visita domiciliaria o en las consultas de revisión al niño, las intervenciones de enfermería deben ir enfocadas a:

89 -Lara Gonzales santa lucia, Detección de Maltratos Infantiles por
Enfermería www.usc.es/es/centros/enfermaria_stgo/materia.jsp?materia=30281 - 17k - .

1. Atender el estado de salud física del niño maltratado.

➤ **Promoción, Detección, Prevención y Atención de Violencia.**

En la Promoción

- 1.- Consejería
- 2.- Formación de Promotores
 - a.- Orientación/ Servicios
 - b.- Grupos de Auto Ayuda

Prevención

Identificación del Maltrato

Atención

- 1.- Repercusiones Físicas/ Psicológicas
- 2.- Cultura de Denuncia.
- 3.- Control y Seguimiento.

➤ **Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención de Alteraciones.**

Promoción

- 1.- Orientación/Desarrollo Psicosocial
- 2.- Capacitación / Promotores

Prevención

El Tamiz.

Atención

1.- Diagnóstico Oportuno

2.- Tratamiento Específico

➤ **Promoción, Prevención y Atención de Accidentes.**

Orientación a los padres o responsable del menor de los factores de riesgo y la prevención de accidentes

2. Derivación o atención con pediatras y trabajadores sociales del equipo.

3. Comunicar el caso a los servicios sociales del área, los cuales trataran el problema familiar y gestionar el traslado del niño a un centro de acogida.

4. Realizar un parte de lesiones.

5. Notificar a las instituciones de asesoramiento y judicial.

6. Si el riesgo es elevado se derivara al Hospital.

7. El tratamiento y los seguimientos tienen que ser multidisciplinar tanto al niño como a la familia.

Prevención Secundaria.

El objetivo es reducir la gravedad del maltrato mediante la detección y tratamiento oportuno en la población de alto riesgo.⁹⁰

1.- Identificación de Familias de Riesgo.

- a.- Buscar información sobre aspectos psicológicos
- b.- Dinámicas familiares
- C.- Conocer factores de riesgo de la población infantil.

2.- Visitas Domiciliarias del Trabajador Social

A las familias con alto nivel de violencia.

3.- Ayuda a las Familias de Riesgo.

- A.- Coordinar con el trabajador social de la zona los objetivos y planes.
- B.- Se debe conocer y ofrecer a las familias que lo necesiten todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica económica y social.

4.- Reconocer los Casos de Abuso a la Mujer e Intervenir en Ello.

Es una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil. Algunas recomendaciones de prevención secundaria son el programa Prevención y Atención de la

⁹⁰ Ibidem

Violencia de Género estas medidas van dirigidas a la población vulnerable como son:

1.- Remitir al centro de salud mental los padres con adicción al alcohol, drogas y trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento de los trastornos depresivos.

2.- Visita domiciliaria realizada por enfermería a las familias con etapas prenatales hasta los 2 años de vida.

3- Aumentar los controles de visitas al Programa del Niño Sano estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria.

Prevención Terciaria.

Esta en caminata a reducir la gravedad de las secuelas y evitar la repetición del abuso mediante el tratamiento de las víctimas (para que la prevención terciaria sea afectiva es necesario que los padres hayan sido rehabilitados y los factores de riesgo estén eliminados).⁹¹

Por medio de las actividades se deben de controlar las posibles recaídas que se puedan presentar ejecutando acciones orientadas en el programas de salud como son:

Prevención de Riesgos Psicosociales (DIF): Cuenta con estrategias encaminadas a contribuir a la disminución de las causas y consecuencias que genera el fenómeno de las adicciones apoyándose de la prevención con un enfoque de riesgo-protección.

91 Johnson .B .óp. cit. Pág. 878

Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez (DIF):

El programa fomenta el ejercicio de los derechos de la niñez mediante la promoción para crear una cultura de respeto hacia el menor.

1.- Visitas a Domicilio.

Su objetivo es:

a.- Valorar el nivel de estrés en las conductas de los pacientes con respecto al afrontamiento y cambio de ánimo en los patrones adaptativos ante este problema.

b.- Dar apoyo de auto control al padre o tutor.

c.- Evaluar resultados de los tratamientos por cada visita realizada.

2.- Canalización a sedes de Protección y formación integral al Infante como:

a.- Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC)

b.- Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI)

3.- Validación de la realidad del niño (identificación, expresión directa e indirecta de sentimientos).

a.- Por medio de juegos adecuados al nivel de comprensión del niño.

b.- Escuchar, comprender y responder a sus temores.

c.- Fomentar la dependencia emocional suscitando temores y desconfianza.

d.- Confiar en las capacidades del niño.

6.3 VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de trabajar e interactuar con el individuo y su medio ambiente esto proporciona una mejor calidad en las actividades que van en caminadas al paciente con un problema de salud, por ello aplicaremos en este capítulo el método científico (PAE) que configuran sus 5 pasos sucesivos que se relacionan entre sí (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evolución) para obtener un buen resultado es necesario tener conocimientos sólidos que permita hacer una resolución de análisis problemas en la toma de decisiones.

LA VALORACIÓN.

Se realizará la valoración por medio de la recopilación de datos como son la entrevista, la observación y la exploración física ante la sospecha del síndrome de KEMP. Este análisis nos lleva a identificar los diagnósticos que dan lugar a los planes e intervenciones de enfermería.

La Entrevista.

Se llevará a cabo con los padres o cuidadores teniendo en cuenta diferentes aspectos como son:

La privacidad.

Escuchar las explicaciones familiares.

Evitar confrontaciones dialécticas.

Actitudes no putativas.

No juzgar.

Utilizar un lenguaje comprensible.

La Observación:

Es sistemático e implica la utilización de los sentidos para la obtención de información y posteriormente deben ser confirmados o descartados.

La Exploración Física:

Es la actividad final de la recolección de datos y se obtienen por medio de técnicas específicas como la inspección, palpación, percusión y auscultación estas determinan la profundidad de los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista

Documentación de la Valoración.

Los resultados de la valoración deben estar bien documentados enfatizando sobre el estado físico / emocional del niño.⁹² La información debe ser específica y centrada como lo precisan los cuestionarios.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Valora y analiza la situación vital del paciente determinando su nivel de necesidad⁹³ gracias a la obtención de datos es mas preciso determinar e identificar los diagnósticos que dan lugar a los planes e intervenciones de enfermería. Estos diagnósticos abordan aspectos de Ansiedad, Impotencia, Temor, Dolor, Miedos, violencia y lesiones.

⁹² Seidel Henry M, Ballw, jane. Manual Mosby de Exploración Física. Pág893.

⁹³Johnson.B.op.cit.Pág.875

Existen dentro de la taxonomía diagnósticos y etiquetas de Intervenciones de enfermería aplicables al síndrome de kempe para su atención, detección, protección y tratamiento.⁹⁴ (en el punto 6.4 Planificación y Ejecución de las Intervenciones se desarrollaran los diagnósticos) a continuación mencionaremos algunos.

Tales como:

Afrontamiento ineficacia.

Alteración en el Desempeño del Rol.

Alteración de la Auto Estima o Auto Concepto.

Deterioró de la Comunicación.

Respuesta postraumática.

Síndrome Traumático de la Violación.

Temor relacionado con la posibilidad de acabar en un albergue o casa hogar.

Temor de los padres relacionado con las reacciones de los demás, la posible pérdida del niño y el proceso judicial.

El síndrome de kempe debe considerarse dentro de todos los diagnósticos como una enfermedad más a descartar ya que cuenta con un amplio abanico de signos o síntomas.

⁹⁴ Seidel Henry M, Ballw, jane.op.cit.Pág893.

6.4 PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

Planificación y Ejecución.

Sus objetivos son realistas, alcanzables a corto plazo, para disminuir el sentimiento de frustración y facilitar el éxito del tratamiento. La atención inmediata deberá centrarse en satisfacer las necesidades físicas y psíquicas del niño, favoreciendo la homeostasis y el bienestar reduciendo temores.⁹⁵

INTERVENCIÓN.

Un marco útil para la planificación de la intervención es la promoción de la salud y sus niveles de atención primaria, secundaria, terciaria (que ya se menciona en el punto 6.2 Niveles de Atención en el Niño Maltratado). Las enfermeras pueden ejercer acciones propias de la prevención en cualquier nivel institucional identificando el síndrome de kempe.⁹⁶

La planificación de las intervenciones pueden producir en diversos contextos, como es: en visitas comunitarias por parte de la enfermera del centro de salud y en el hospital en urgencias.

⁹⁶ Ibídem .págs536-538

Diagnostico de Enfermería: Afrontamiento Individual Ineficaz: Discapacidad de Manejar el Conflicto sin Violencia.

Actuación

1.- Enseñar a la familia técnica de comunicación:

Comunicación clara y directa.

Comunicación que no ataca la personalidad de los miembros de la familia.

2.- Comentar como la violencia es aprendida y transmitida de generación a generación.

3.- Comentar cómo es inevitable que haya desacuerdo dentro de la familia.

4.- comentar las formas no violentas de expresar el enojo.

5.- Usando un problema menor y no emocional de la familia, hacer que esta lo resuelva de forma democrática.

6.- Hacer que la familia identifique los momentos y lugares en que cada miembro puede tener intimidad y estar solo.

Diagnostico de Enfermería: Alteración de los Procesos Familiares en Relación con el Uso de la Violencia para Mantener las Relaciones de la Familia.

Actuación.

1.- Ayudar a la familia a redefinir las relaciones intrafamiliares como aquellas en que es inaceptable la fuerza física.

2.- Animar a la familia a que formule alternativas para afrontar al padre en casa:

a.- Investigar los centros de atención para el cuidado del niño.

- b.- Enumerar la ayuda para los otros miembros de la familia.
- c.- Remitir a la familia a terapia familiar.
- d.- Investigar los cuidados a corto plazo para que la familia pueda irse de vacaciones.

Diagnostico de Enfermería: Alteración Parenteral en Relación con Abuso Físico de los Niños.

Actuación.

- 1.-Expresar preocupaciones por todos los miembros de la familia incluyendo a los padres.
- 2.- Reconocer las técnicas de paternidad positivas.
- 3.- Reconocer que el uso de la violencia es un intento desesperado de afrontar a los hijos.
- 4.- Comentar con los padres cómo fueron castigados cuando niños.
- 5.- Enseñar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo normales de sus hijos.
- 6.- Comentar los problemas que experimentan con la crianza de los hijos.
- 7.- Ayudar a los padres a identificar formas de pasar tiempo junto con sus hijos.
- 8.- Remitir a recursos comunitarios (terapia familiar y de grupo).

Diagnostico de Enfermería: Impotencia en Relación con Sentimientos de Ser Dependiente de un Abusador.

Actuación.

- 1.- ayudar al cliente a identificar las relaciones de dependencia del pasado.

- 2.- hacer que el niño realice una lista de formas en que es dependiente del abusador.
- 3.- ayudar al paciente a que identifique los potenciales intra personales e interpersonales.
- 4.- ayuda al menor a que identifique los aspectos de la vida bajo su control.
- 5.-proporcionar entrenamiento asertivo.
- 6.- remitir a recursos comunitarios para ayuda económica, legal.

Diagnostico de Enfermería: Potencial de Violencia: Dirigida hacia los Demás con una Historia de Uso de la Fuerza Física dentro de la familia.

Actuación.

- 1.- Valorar el nivel de peligro del niño ó hermanos.
- 2- Valorar el nivel de peligro del abusador.
- 3.- Si el nivel de peligro es elevado, contactar con los servicios de protección o con la policía para la custodia o llevarle a un albergue.
- 4.- Ayudar a la familia a que use la solución de problemas para determinar si el menor permanecerá dentro del núcleo familiar.
- 5.- Comentar con la familia los métodos de controlar adecuadamente el enojo:
 - a.- Asumir la responsabilidad de la propia conducta.
 - b.- Hablar del enojo según se produzca.
 - c.- Entrenamiento de relajación.
 - d.- Ejercicio físico.

- e.- Golpear a objetos inanimados y seguros (almohada, cojín o bolsas de boxeo).
- 6.- Comentar con la familia los hechos sobre la violencia intrafamiliar.
- 7.- Ayudar a la familia a establecer límites y consecuencias claras si recurre la violencia.
- 8.- Ayudar a las víctimas a establecer un plan detallado de escape si se produjera la violencia.
- 9.- Remitir a las víctimas a recursos legales.

Diagnostico de Enfermería: Afrontamiento Individual Ineficaz en Relación con ser una Víctima de Abuso sexual Intra familiar.

Actuación.

- 1.- Usar la terapia de juego y arte con los niños por debajo de los 5 años.
- 2.- Ayudar a los demás niños a identificar y comentar los sentimientos sobre el abuso.
- 3.- Usar la terapia de grupo con los preadolescentes y adolescentes.
- 4.- Ayudar al niño a que aprenda a utilizar métodos como por ejemplo:
 - “Contárselo a los demás”.
 - “Decir que no”.
 - “Rehusarse a quedarse sólo con el que abusa”.

Para así evitar a futuro una nueva violación.

Diagnostico de Enfermería: Respuesta Postraumática en Relación con Ser un Adulto superviviente del Incesto.

Actuación.

- 1.- Preguntarle al paciente sobre sus relaciones con sus padres.
- 2.- Comentar los sentimientos de culpa.
- 3.- comentar los sentimientos de enojo hacia los padres.
- 4.- Conectar los sentimientos de auto estima con los sentimientos de culpa y enojo.
- 5.- Ayudar al paciente a que identifique las áreas de la vida que puede controlar.
- 5.- Valorar las disfunciones sexuales: Remitirle a terapia de grupo a un grupo de adultos supervivientes si hay un problema grave

Etiqueta de intervención: Apoyo en la Protección Contra Abusos: Niños.⁹⁷

Intervenciones.

- 1.- Identificar a las madres con un historial de cuidados prenatales tardíos (4 meses o más) o ningún cuidado prenatal.
- 2.- Identificar a los padres con un historial de abusos, depresión o enfermedad psiquiátrica importante.
- 3.- Identificar a los padres con un historial de violencia domestica o una madre con historial de numerosas lesiones “accidentales”.

97 Mc Closkey Dochterman Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).Pág182.

4.- Determinar si el niño muestra signos de abandono, incluyendo esquemas de crecimiento deficiente o consistente, falta de crecimiento, deterioro del tejido subcutáneo, hambre, mala higiene, constante fatiga e indiferencia, zonas de calvicie en el cuero cabelludo u otras afecciones de la piel, apatía, postura corporal sin flexibilidad y vestimenta inadecuada para las condiciones de la estación.

5.- Determinar si el niño muestra signos de abuso emocional, incluyendo retrasos en el desarrollo físico, trastornos de hábitos de aprendizaje de conducta, reacciones de características neurológicas/psiconeuroticas, comportamiento extremo, retraso del desarrollo, cognoscitivo e intenso de suicidio.

6.- Controlar las interacciones padres-niños y registrar las observaciones.

7.- Determinar si los signos agudos del niño remiten cuando el niño es esperado de su familia.

8.- Observar si uno de los padres coge al bebé con los brazos extendidos, maneja al bebé de manera torpe, solicita excesiva ayuda y manifiesta o muestra incomodidad con los cuidados del niño.

9.- Observar si se repiten las visitas a la clínica, urgencias o consulta del medico por problemas menores.

10.- Establecer un sistema para señalar los registros de niños sospechosos de ser victimas de abusos o abandono ayudar a las familias a determinar las estrategias para enfrentarse a situaciones estresantes.

11.- Proporcionar a los padres métodos de castigo no corporal para disciplinarlo al niño.

12.- Implicar a los padres y al niño en ejercicios de construcción de acercamiento.

2.- Etiquetas de Enfermería: Fomentar el desarrollo: niño.⁹⁸

Intervenciones.

- 1.- Desarrollar una relación de confianza con el niño.
- 2.- Establecer interacción individual con el niño.
- 3.- Ayudar a cada niño a tener conciencia de su importancia como individuo.
- 4.- Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.
- 5.- Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
- 6.- Enseñar a los cuidadores los hábitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos.
- 7.- Facilitar la integración del niño con sus iguales.
- 8.- Disponer actividades que fomentan la integración de los niños.
- 9.- Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando este angustiado.
- 10.- Crear un espacio seguro y bien definido que el niño explore y en el que aprenda.
- 11.- Enseñar al niño a solicitar ayuda de los demás, cuando sea necesario
- 12.- Ofrecer juguetes o materiales apropiados a su edad.
- 13.- Ayudar al niño a que aprenda habilidades de autoayuda (alimentarse, arreglarse, cepillarse los dientes lavarse los dientes, manos, y vestirse).
- 14.- Escuchar y hablar de música.

⁹⁸ Ibídem. Pág438.

- 15.- Cantar y conversar con el niño.
- 16.- Animar al niño que cante y baile.
- 17.- Facilitar juegos de rol sobre las actividades diarias de los adultos trasladadas al mundo del niño (jugar a tienditas, etc.).
- 18.- Proporcionar oportunidades y materiales para construir, dibujar, modelar con arcilla, pintar y colorear.
- 19.- Nombrar objetos del ambiente en que se desenvuelve.
- 20.-Contar y leer cuentos.
- 21.-Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven en desarrollo.
- 22.-Facilitar el contacto de los cuidadores con los recursos comunitarios.
- 23.-Fomentar los sueños o fantasías cuando corresponda.
- 24.-Animar al niño a que se expresé a través de recompensas o realimentación positiva por los intentos.

3.-Etiquetas de Enfermería: Apoyo Emocional.⁹⁹

Intervenciones.

- 1.- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- 2.- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- 3.- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- 4.- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.

⁹⁹ Ibídem. Pág.208

- 5.- Animar al paciente a exprese sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.
- 6.- escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
- 7.-permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- 8.-facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

4.- Diagnostico de Enfermería. Ansiedad causada por una amenaza real a la integridad biológica, secundaria a una agresión física.¹⁰⁰

Intervenciones.

- 1.- Ayudar para el control del enfado.
- 2.- Entrenamiento para controlar los impulsos.
- 3.- Disminución de la ansiedad
- 4.- Técnica de relajación.
- 5.- Manejo ambiental
- 6.- Manejo de la conducta: autolesión.
- 7.-Terapia artística.
- 8.-Terapia de grupo.
- 9.- Terapia de juego.
- 10.-Terapia musical

¹⁰⁰ louise Rebraca Shives.op, cit Pág.535.

5.- Diagnóstico de Enfermería. Dolor Agudo relacionado con agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) manifestado por el estrechamiento del foco de atención (alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y con el entorno)¹⁰¹

Intervenciones.

- 1.- Administración de analgésicos.
- 2.- Disminución de la ansiedad.
- 3.- Manejo del dolor.
- 4.- Apoyo emocional.
- 5.- Dar esperanza.
- 6.- Facilitar la meditación.
7. Imaginación simple dirigida.
- 8.- Humor
- 9.- Manejo ambiental
- 10.-Masaje simple
- 11.- Mejorar el sueño.
- 12.- Musicoterapia.
- 13.- Potenciación de la seguridad.
- 14.- Terapia asistida con animales.
- 15.- Terapia con juegos.
- 16.-Terapia de la relajación simple.

¹⁰¹ Ibídem. Pág. 841.

6.- Diagnóstico de Enfermería. Síndrome traumático de la violación: compuesta manifestado por reacciones emocionales (cólera, vergüenza, miedo o la violencia física y muerte, humillación, vergüenza, acto culpabilidad en la fase aguda)¹⁰²

Intervenciones.

- 1.- Apoyo emocional.
- 2.- Asesoramiento sexual.
- 3.- Aumentar los sistemas de apoyo.
- 4.- Ayuda para el control del enfado.
- 5.- Control del humor.
- 6.- Dar esperanza.
- 7.- Disminución de la ansiedad.
- 8.- Intervención en casos de crisis
- 9.- Manejo del dolor.
- 10.- Prevención del consumo de sustancias nocivas.
- 11.- Técnica de relajación.
- 12.- Terapia del trauma: niño.
- 13.- Tratamiento del trauma de la violación.

¹⁰² *Ibidem*.pág.897.

7.- Diagnostico de Enfermería. Alto riesgo de traumatismo relacionado con las características del niño de las personas que le cuidan y del entorno.

Intervenciones

- 1.- Aplicar las medidas oportunas para prevenir el maltrato.
- 2.- Ayudar sacando al niño del medio ambiente inseguro y procurar otro seguro.
- 3.- Denunciar las sospechas a las autoridades competentes.
- 4.- Establecer medidas protectoras para el niño hospitalizado.
- 5.- Registrar y guardar lo datos objetivos a cerca de: La condición física del niño su respuesta conductual hacia los padres y el entorno.
- 6.- Entrevistas con los miembros de la familia.
- 7.- Colaborar en los esfuerzos del equipo multidisciplinario par evaluar continuamente el progreso del niño en la casa adoptiva o al volver a su propia familia
- 8.- Permanecer alerta ante cualquier signo de maltrato continuo o de abandono.
- 9.- Entrevistas con los miembros de la familia.
- 10.- Colaborar en los esfuerzos del equipo

8.- Diagnostico de Enfermería: Miedo /ansiedad relacionado con una interacción interpersonal negativa, maltrato repetido, impotencia, perdida potencial de los padres.

Intervenciones.

- 1.- Proporcionar una persona a cargo del niño, constantemente, y un entorno terapéutico durante la hospitalización.

- 2.- Demostrar al niño que es aceptado y no esperar la misma actitud a cambio.
- 3.- Mostrar atención, siempre que no se refuerce una conducta inapropiada.
- 4.- Planificar actividades para atraer la atención del niño hacia la enfermera, otros adultos y otros niños. Utilizar el juego para mejorar las relaciones.
- 5.- Alabar las capacidades del niño, para fomentar su autoestima.
- 6.- Tratarle como alguien que padece un problema físico específico y no como una víctima maltratada.
- 7.- Evitar plantearle demasiadas preguntas que incomoden al niño e interfieran con la investigación de otros profesionales.
- 8.- Utilizar el juego, en especial los de familia o las casas de muñecas, para investigar el tipo de relaciones percibidas por el niño.
- 9.- Procurar que haya una persona estable para que actúe como confidente del niño acerca de los acontecimientos del maltrato.
- 10.- Animarle a que comente sus sentimientos hacia sus padres y hacia su futuro hogar
- 11.- Ayudar al niño a superar la pena por la pérdida de sus padres, si se les ha retirado la patria potestad.
- 12.- Fomentar las visitas de los padres adoptivos antes de que el niño vaya con ellos, si es posible.

9.- Diagnostico de Enfermería Paternidad alterada, en relación con el niño, con quien le cuida o con características situacionales, capaz de precipitar maltratos

1.- Identificar las familias con riesgo de maltrato potencial.

2.- Fomentar los vínculos afectivos ente los padres y el hijo.

3.- Hacer énfasis en las prácticas educativas, en especial en los métodos de disciplina eficaces.

4.- Aumentar el sentimiento de los padres de adecuación y autoestima.

5.- Fomentar los sistemas de apoyo que disminuyen el estrés y evitan que recaiga toda la responsabilidad del cuidado del niño en uno o ambos padres.

6.- Enseñar a los niños a reconocer las situaciones que les colocan en riesgo de agresión sexual y enseñarles la forma adecuada de responder a ellas.

7.- Representar el papel de madre, atrayendo la atención del progenitor y asumiendo las responsabilidades del cuidado del niño, hasta que aquél se sienta dispuesto a participar.

8.- Remitir a los padres a grupos de apoyo especiales a consejo profesional o ambos.

9.- Ayudarles a identificar un grupo de apoyo, como la familia a los vecinos cercanos, advertir a estas personas la importancia de su papel en la prevención de futuros maltratos.

10.- Remitir a los padres a las instituciones u organismos sociales adecuados en busca de ayuda económica, una vivienda adecuada y trabajo.

10.- Diagnostico de Enfermería: Negación ineficaz causado por la necesidad de escapar de los problemas, secundaria a los malos tratos del compañero sentimental.¹⁰³

Intervenciones.

- 1.- Aumentar el afrontamiento.
- 2.-Apoyo en la toma de dicciones.
- 3.-Apoyo espiritual.
- 4.- Aumento en los sistemas de apoyo.
- 5.- Clarificación de valores.
- 6.- Orientación de la realidad.
- 7.- Potenciación de la imagen corporal.
- 8.- Establecimientos de objetivos comunes.
- 9.- Fomento de la normalización familiar.
- 10.- Potenciación de la autoestima.

¹⁰³ Louise Rebraca Shives .op.cit .Pág.535.

6.5 CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE LOS SINDROMES QUE SE PRESENTAN EN MALTRATO INFANTIL.

Intervención en el Niño Deprivado Socio- Cultural.

Insistir en:

A nivel cognitivo

- Mejora todos los procesos implicados en el aprendizaje: motivación, atención, selección, organización, integración, recuperación, transferencia.
- En la corrección de las dificultades cognitivas deficientes se en el proceso mental (en la entrada y salida de la información).

A nivel social

- Mejorar las habilidades sociales de los componente verbales (Discursos) y no verbal (aspectos físicos, contacto visual).

Cuidados para el Niño Sacudido.¹⁰⁴

1.- Nunca se debe sacudir a un bebé jugando o enojado.

(El hecho de sacudirlo suavemente puede llegar a convertirse en una sacudida violenta cuando se está enojado.)

¹⁰⁴ Loredó Ahdala A, Briones M, op.cit. Pág. 16

2.- No se debe cargar a un bebé durante una discusión.

(se le siguiere a los padres o cuidadores que coloque en la cuna al niño y salir del cuarto, tratar de calmarse.)

3.- Se debe llamar a un amigo o familiar para que venga y se quede con el niño en caso de perder el control.

(Para buscar ayuda y orientación se puede hacer uso de la línea telefónica de los centros de apoyo o de emergencia para el manejo de la crisis.)

4.- Se recomienda buscar ayuda profesional y asistir a clases sobre la crianza de los hijos.

Como por ejemplo lo que comúnmente hacen los padres es levantar al niño y sacudirlo en un intento por despertarlo.

Prevención en Síndrome de Munchausen.

Manejo Terapéutico:

La enfermera debe de "asegurar en todo momento la protección y bienestar tanto del niño sospechoso de ser víctima del síndrome Munchausen como la de sus hermanos".¹⁰⁵

1.- Valorar el estado emocional y de conducta del niño por medio de la interacción.

2.- Brindarle una atención positiva.

3.-Colaborar con el equipo multidisciplinario en la relación con los tratamientos inmediatos a corto y largo plazo.

¹⁰⁵ Ibidem. Págs21-22.

LA EVALUACIÓN.

Los profesionales de enfermería evalúan a corto plazo la eficacia de sus intervenciones a través del plan de cuidados. Una vez identificado los puntos más vulnerables se esperan resultados positivos del problema:

Algunos de ellos son:

- 1.- La capacidad de la familia de reconocer que existe un problema.
- 2.- La voluntad de la familia de aceptar ayuda donde fueron remitidos a una institución.
- 3.- Los miembros de la familia mostraran habilidades de afrontamiento efectivo as mientras tratan la actual crisis familiar.
- 4.- Reducción de la sintomatología del abuso
- 5.- Grado de efectos adversos del tratamiento
- 6.- Cambios en el patrón de abuso de sustancias
- 7.- Funcionamiento y productividad
- 8.- El tiempo de los reingresos de pacientes al hospital
- 9.- Integración social.
- 10.- Aceptación del infante a la casa que se asigno.

V. CONCLUSIONES

El síndrome de kempe constituye en nuestros días un grave problema de salud pública el cual debe ser atendido y resuelto a partir de la participación de los profesionales multidisciplinares del área de la salud. Es por ello que a los profesionales de enfermería les corresponde atender este problema, primero haciendo conciencia de que existe, teniendo en cuenta el grave problema que causa, así como estudiando los factores que lo provocan para participar de manera preventiva pero también con acciones de promoción a la salud con el objetivo de favorecer estilos de vida saludable en la familia donde se logre abarcar el aspecto de armonía, convivencia y comunicación familiar que evite que se presente este síndrome de maltrato o de kempe el cual representa un fenómeno que es conocido pero que parece no ser una situación que interese a la sociedad, o al menos no tanto como el maltrato a la mujer, fenómeno que al igual que este y todos los abusos deben ser manejados y atendidos bajo un carácter de importancia ya que afectan a los individuos de todas las edades, generando secuelas que a la postre pueden resultar ser graves en una sociedad sus consecuencias son a corto plazo como es el aislamiento, la desnutrición, inseguridad, bajo rendimiento escolar y alargo plazo depresión, desconfianza miedos, incapacidad de relacionarse con los demás, baja autoestima entre otros que en general resultan devastadoras para el funcionamiento biológico y psicosocial del niño, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia. El abuso hacia los menores siempre ha existido desde los tiempos antiguos y no se habían formulado derechos exclusivos para ellos por lo que los padres o tutores creen que tienen autoridad sobre ellos.

Las enfermeras son las que más contacto directo tiene con el paciente y es a ellas a las que les corresponde detectar y denunciar cualquier anomalía que encuentren cuando realizan su trabajo de valoración, así mismo a las que les concierne establecer medidas preventivas que eviten una vez detectado el síndrome que este avance y pueda llegar a tener consecuencias fatales.

Cuando aparece en escena el síndrome de Kempe y es detectado pero que por cuestiones de falta de conciencia o responsabilidad no se denuncian, tanto del lado de la enfermera como por el lado del maltratado, surge una omisión que atenta no solo con la vida de quien sufre el maltrato sino también con la evidencia de la falta de profesionalismo y responsabilidad de la enfermera bien ignora el problema o desconoce su existencia y su repercusión como problema de salud pública.

Al tratarse de un menor, éste la mayoría de las veces no alcanza a entender que es lo que pasa a su alrededor y se puede dar el caso de que llegue a pensar que los golpes son algo normal y por lo mismo no refiere nada de esto a otras personas, a pesar de que pasa por momentos de dura lección. La enfermera por su parte, como se dijo atrás, el miedo la mayoría de las veces nos las deja actuar, y se puede pensar que es miedo no a la denuncia, sino a los familiares que pueden actuar con represalias. Pero en otro de los casos puede resultar también que las mismas enfermeras hacen caso omiso de este fenómeno al no darle la importancia que debiera tener. Otro de los factores que podríamos mencionar que ocurren para la no detección de dicho fenómeno podría ser el de falta de conocimientos y sobre todo de observación e inspección minuciosa a la hora de presentarse la valoración.

Por otra parte si bien es cierto que existen programas para el cuidado del niño, estos son poco difundidos y también pocos tienen el enfoque de la prevención para el cuidado del abuso infantil y no son en la mayoría de los casos conocidos o manejados por los profesionales de enfermería.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Libros Consultados

- 1.- Arredondo García. PAC MPC LIVE MED (Programa de Actualización Continua en Medicina de Primer Contacto).Ed. editores Intersistemas, S.A de CV. ed. Coedición, México, 2006.Pp.524.
- 2.- Beers H Mark. Nuevo Manual Merck (De Información Medica General), Ed. Océano, Tomo 2, España, Pp2171
- 3.- Beers H Mark, Poter Robert. Manual Merck (Diagnósticos y Tratamientos), Ed. elsevier, 18ed, España, 2007, Pp3204.
- 4.- Del Pino Casado Rafael Enfermería en Atención Primaria, ed. Difusión Avances de Enfermería, España, 2006.Pp. 321
- 5.- Díaz Gómez N, Gómez García C. Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia, Ed. Mc-Graw- Hill. Interamericana. México, 2006.Pp Pp774.
- 6.- Escobar E, Carpio O, Accidentes y Violencias Pediátricas, Ed. Salvat, México ,2001.Pp592.
- 7.- Emcari. Manual de Enfermería Pediátrica. Ed. Mc Graw Hill 2da .ed. México.Pp408
- 8.- Fontana Vi cent. En Defensa del Niño Maltratado. Ed. Pax México, México 2003.Pp332.
- 9.- Johnson B .Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental Ed. Mc-Graw-Hill- Interamericana.4taed.Vol 2, Espana2000, Pp.444.

- 10.- Johnson M. Bulechec, Gloria Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (Interrelaciones NANDA,NOC YNIC),Ed. elsevier, España 2004. Pp.518.
- 11.- Loredó Abdalá A, Maltrato al Menor, Ed. Interamericana-Mc-Graw-Hill México, 2000. Pp. 162
- 12.- Loredó Abdalá A, Briones M, PAC PEDIATRICA,(Programa de Actualización Continua en Pediatría) Ed. Academia Mexicana de Pediatría AC, Tomo 3, México, 2004, Pp. 789.
- 13.- Louis e Re braca S, Enfermería Psiquiátrica y de Salud –Mental,(Conceptos Básicos),Ed. Mc –Graw -Hill-Interamericana,ed6ta,España,2007,Pp647
- 14.- Manual de Enfermería Pediátrica (Protocolos de Asistencia) Ed. Salvat (Departamento Enfermería del Hospital for Sick Children,) Toronto.Pp.417
- 15.- Manual de Medicina de Familia (Universidad de Iowa) Ed. Harcourt- elsevier 4ta ed. España 2002.Pp451.
- 16.- Marrts Charles. Introducción a la Psicología Ed. Pearson Educación. Ed. Duodécima, México, 2005, Pp514
- 17.- Mc Closkey Dochterman Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).Ed. elsevier,4ª ed. España,2005.Pp1072
- 18.- Mejías Lizancos, ENFERMERIA 521, Ed. avances de enfermería, vol., enfermería en psiquiatría y salud mental, Madrid, 2000, Pp590.
- 19.- Morrison Michelle. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby España, 2000. Pp554.
- 20.- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación (2005-2006).Ed. elsevier, España 2005., Pp.299.

21.- Papalia Diane. Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia.Ed.Mc-Graw-Hill, 5ta ed.México, Pp.672.

22.- Prevención y Atención Socio- Sanitarias (Técnicas de enfermería Básicas para Auxiliar de Ayuda a Domicilio). Ed. ideas propias editores, España.2005, Pp.205

23.-Re braca Hives I. Enfermería Psiquiátrica y de Salud-mental (conceptos básicos).Ed., Mac Graw-Hill-Interamericana, ed6ta.España, 2007. Pp532

24.- Rowen James S. Enfermería Pediátrica de Thompson. Ed. Mc-Graw-Hill Interamericana 7ª ed. México, Pp509.

25.- Ruiz J. Miguel Ángel, Enfermería Pediátrica, Ed. Servicios de Publicaciones Universidad de Cádiz, vol. 2, España 2004 Pp.862.

26.- Seidel Henry M, Ballw j. Manual Mosby de Exploración Física. E d, elsevier-Mosby, ed. Quinta .España, 2003, Pp893-894.

27.- W, santrock. John. Introducción a la Psicología Ed. Mc- Graw- Hill – México, 2004. Pp540.

Bibliografías Consultadas en Internet

- 1.- Bossio Barceló Boris José, "Victimas Vulnerables: Síndrome del Niño Maltratado y Pornografía Infantil" www.Apuntes de Medicina legal com. (19 - 04 - 2009 – 6:28pm).
- 2.- Como Reconocer el Maltrato, Texto de National Committee to Prevent Child Abuse gobierno de EE.UU. www.fundacionamparo.org.ar/Recono_elmaltrato.htm - 15k -(10 -05 -2009 /0259am).
- 3.- Déficit cognitivos y meta cognitivos en niños de privados socio-culturalmentemorcu.wordpress.com/deprivación-sociocultural/ - 43k (24-05-09/ 17:46pm).
- 4.- Derechos Humanos www.cndh.org.mx/losdh/losdh.htm (07-05-09/21:10pm).
- 5.- Derecho de los Niños. www.lospinos.org/derechos.html.(05-06-09/8:58AM).
- 6.- Derecho de los Niños.www.monografias.com/trabajos5/deni/deni.shtml –(07-05-09/20:38pm).
- 7.- Echeburúa E. y de Corral P .Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext - 32k –(22-05-09/2158PM).
- 8.- El abuso sexual en la infancia y su prevención,www.guiainfantil.com/201/las-consecuencias-del-abuso-sexual-infantil.html - 37k -(22-05-09 /23:06PM)
- 9.- Estadísticas a Propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia. Contra las Mujeres" www.inegi.gob.mx/inegi/cintendidos/estadisticas72003/violencia03.pdf. (05-05-2009- 11:30 pm).
- 10.- Estadísticas del Maltrato. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/español/prensa/default.asp?c=269&e> (09 -05 -2009. -11:00PM).

- 11.- Fernández Eduardo. Consecuencias del maltrato emocional y/o psicológico en la niñez y la infancia [www.asapmi.org.ar/publicaciones/ artículos /articulo. Asp?id=138](http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.Asp?id=138) - 24k – (23-05-09 /05:36am).
- 12.- Gaitán Pamela Maltrato infantil. Identificar y prevenir, www.mailxmail.com/curso-maltrato-infantil/consecuencias-maltrato-infantil - 24k - (18-05-09 /01:56am).
- 13.- Hernández Sánchez M. Síndrome del maltrato infantil - Revisión Bibliográfica, www.revistaciencias.com./publicaciones/EEElyAVKFKGZwtxkv.php. (19- 04-20 09 - 6.59 pm.).
- 14.- Herrera-Basto Emilio, Indicadores para la detección de maltrato en niños www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=21832&id_seccion... - 47k (10-05-2009/02:36am).
- 15.- Medline Plus Enciclopedia Médica: Maltrato físico infantil www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001552.htm - 31k (10 -05 -2009 / 02:28am).
- 16.- Maltrato Infantil Estadística : [http://www.locatel.df.gob.mx /estadística. php? cat= d,\(11-04 -2009 / 14:30pm\)](http://www.locatel.df.gob.mx /estadística. php? cat= d,(11-04 -2009 / 14:30pm)).
- 17.- Maltrato Infatil. www.monografias.com/trabajos12/invnimalt/invnimalt.shtml - 97k. (10 - 05 -2009/12:25.am).
- 18.- Maltrato Infantil. www.unicef.org/México/spanish/unicefmexico.html. (05 -04-2009 -340 pm)
- 19.- Muñoz Talavera Johanna, Características y Abordaje del Maltrato Infantil en menores de 15 años. Hospital “Fernando Vález”, Pagina http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/pediatría/abordaje_maltrato_infantil.pdf (07- 05- 09/ 11:30pm).
- 20.- Prevención del maltrato infantil. www.unicef.org/spanish/protection /index_ action.html (06-06-09/10:02am).
- 21.- Programas de salud, <http://www.imss.gob.mx/programas /prevenimss /niños. htm>.(06-06-09/22:26pm).

22.-Programas. dif.sip.gob.mx/infancia adolescencia/?contenido=216(06-06-09/10:22am).

23.-programa nacional de salud 2007-2012.alianza.salud.gob.mx/descarga/pdf/pns versión_completa.pdf-(27-07-09/02:22am).

24.- Programas en salud, www.salud.df.gob.mx/ssdf/ index.php?option=com_ content&task=view&id=38&Itemid=24(06-06-09/23:20pm

25.- Reporte temático núm. 1, violencia y maltrato a menores en México
Http: //www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/violencia, (.26-04-2009 - 9:35HR)

26.- Sacroisky Gloria, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/arch03_1/64.pdf
(17- 05- 09 /18.14pm)

Sánchez-Ahedo R. Dr. Pacheco-Ríos A. Maltrato infantil,
www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm91/maltrato-infantil.html - 16k -(10-05-2009/07:10).

27.- Síndrome de Maltrato Infantil.www.blog-medico.com.ar/noticias- medicina/maltrato-infantil.htm - 61k – (10-05-2009 / 01:35am)

28.- Síndrome del Niño Sacudido www.pediatraldia.cl/nino_sacudido.htm - 20k
(24-05-09/9:16pm)

29.- Síndrome de Mahuchausenes.wikipedia.org/wiki/cenicienta_(desambiguación)
- 18k (27-05-09/12:02am).

29.- Síndrome de Munchausen www.zonapediatrica.com/index2. Php?option= com _content&do_pdf=1&id=763 - 73k (27-05-09/01:44PM).

30.- Violencia y Maltrato. www.unicef.org/mexico/spanish/protection_6932.htm - 20k(09 -05- 2009 -9:04).

Direcciones Electrónicas de las Imágenes Consultadas.

Figura 1. [http //images.google.com.mx/imgres?imgurl](http://images.google.com.mx/imgres?imgurl).

Figura 2. <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl>

Figura 3. <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl>

Figura 4. <http:jennycamtú.com/maltratoinfantil.gif.&imgrefurl>.

Figura 5. http://www.doyma.ees/revista/ctl_servlet?.

Figura 6. <http://www.labronca.blogspot.com/2007/12/loschicos.de-la-calle.4ta-entrega>.

Figura 7. http://www.cubarepresión.blogspot.com/2009_o1_01_archive.

Figura 8. <http://www.taringanet/posta/inf/1772559/los-ni%C3%B1os>.

Figura 9. <http://www.ahora.com.do/Media/imagenes/web/286/NI%840>.

Figura 10. [http //images.google.com.mx/imgres?imgurl](http://images.google.com.mx/imgres?imgurl).

Figura.11. [http //images.google.com.mx/imgres?imgurl](http://images.google.com.mx/imgres?imgurl).

Figura 12. http://www.ellitoral.com/.../1_opt.jpeg

Figura 13. [http:// images.google.com.mx/imgres?imgurl](http://images.google.com.mx/imgres?imgurl).

Figura 14.[http:// www.eluniversal.com.mx/.../Soc./violacionota.jpg](http://www.eluniversal.com.mx/.../Soc./violacionota.jpg)

Figura 15. <http://www.sidasaberlo.blogspot.com/2008/romper-el-silencio-sobre-el-abuso.htm/%usg>.

Figura 16. [http //www.blogadsl.com/.../tn_pornografia-infantil.jpg](http://www.blogadsl.com/.../tn_pornografia-infantil.jpg)

Figura 17.[http://www.tesis.ufm.edu.gt/med/2005/77434/tesis\(2\).htm&usg](http://www.tesis.ufm.edu.gt/med/2005/77434/tesis(2).htm&usg).

Figura 18. <http://www.enfermedadesporexpo.blogspot.com/2008/05/condiloma-acuminado.html&usg>.

Figura 19. <http://www.filmica.com/jacintaescudos/archivos/006478.htm&usg>.

Figura 20. <http://www.canaltcm.com/myfileslinfaltrada/onthedoll1.jpg&imgrefuri>.

Figura 21. <http://www.newsmatic.e-pol.com.ar>.

Figura 22. <http://www.charles-cartoons.blogspot.com/2008/10/contra-el-abuso-sexual-infantil.htm&usg>.

Figura 23. <http://www.maltratoinfantil.blogspot.com/2009/03porque.no.sedenuncia.elmaltrato.html&usg>.

Figura 24. <http://aristotelelizar.com/web/wp-content/2009/05//04-270X220jpg>.

Figura 25. <http://elfaro.ning.com/>.

Figura 26. <http://>

<http://www.encuentos.com/wp-content/uploads/2008/09/altrato-infantil.jpg>.

Figura 27. <http://www.miradasdelunaazul.blogspot.com/2008/05/brocombustibles-y-habre.html&usg>.

Figura 28.

http://www.canalfotografico.org/galeria/albums/userpres/08nyuco_miradadeniña.jpg&imgreforl.

Figura 29. <http://www.excluidos2.blogspot.com/2007/12/mail/.uunicef-belmartino-pedimos-su.html&usg>.

Figura 30. <http://champagnat.org/imagenes/news/images/1383b.jpg>.

Figura 31. <http://images.google.com.mx/imgres?imgurl>.

Figura 32. <http://www.taringa.net/post/salud-bienestar/2286/2%c3%ADndromecdel-latigazo-cervical.html.usg>..

Figura 33. [http //bpo.blogspot.com/lwrRfu5-g/R8-nozowgR7/AAAAAAAA/yIHpu7sGjk6/1600-h/espalda.jpg](http://bpo.blogspot.com/lwrRfu5-g/R8-nozowgR7/AAAAAAAA/yIHpu7sGjk6/1600-h/espalda.jpg).

Figura 34. <http://www.lonung.dk/male-sofus-sorryjpg&imgrefuri>.

Figura 35. http://www.Fichero_13484_2007/l/4.jpg.

Figura.

36. <http://www.larepublica.com.uy/publicaciones/101/20060503/imagenes/p30miseriaprontanueva.gif>.

Figura 37. [http //images.google.com.mx/imgres?imgurl](http://images.google.com.mx/imgres?imgurl).

Figura .38 [http //www.dibujos.org/jugar-con-losjugestes.htm&usg](http://www.dibujos.org/jugar-con-losjugestes.htm&usg).

VII. ANEXOS

Directorio de los Servicios de Atención al Maltrato Infantil.

1.- Aldeas Infantiles y Juveniles S.O.S. De México, I.A.P.

Brinda servicios de Apoyo, Asesoría, Recreación Infantil y Juvenil

Morelos # 143, Sta. Isabel Tola

Delegación. Gustavo A Madero.

Tel 55 77 75 /50 55 77 82 11.

2.- Asociación Femenil a Favor del Niño, I.A.P.

Brinda servicios de Asistencia social, apoyo a mujeres y niños

Av. San Jerónimo # 860, San Jerónimo Lídice

Delegación. Magdalena Contreras

Tel 56 68 42 58.

3.- Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A.C. (COVAC)

Brinda servicios de Terapia a víctimas, canalización a terapia familiar, pláticas a escuelas, asesoría, legal.

Mitla # 145, Narvarte.

Delegación. Benito Juárez.

Tel. 55 19 31 45

4.- Centro Comunitario de la Facultad de Psicología, UNAM

Su temática es el Maltrato Infantil

Brinda servicios de Terapia familiar, individual, terapia a víctimas, prevención pláticas a escuelas, centro de documentación.

Tecacalo manzana 21, lote 24, atrás del estadio Azteca, Ruiz Cortines.

Delegación. Coyoacan

Tel. 56 18 38 61

5.- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)

Su temática es Violencia Intrafamiliar, Abuso Sexual a Menores, Abuso Sexual Intrafamiliar

Brinda servicios de. Trabajo social, asesoría legal, terapia grupal, infantil, pláticas a escuelas.

Dr. Carmona y Valle # 54, 2º piso, Doctores. Col Cuauhtémoc.

Tel. 56 25 71 20.

6.- Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)

Directora: Liliana Trujillo Piedrahita.

Brinda servicios de apoyo y orientación a las víctimas de delitos sexuales afectadas en su ámbito físico, psicológico, familiar y social, brindando apoyo durante todo el proceso jurídico de la averiguación previa. Área: Médica, psicológica, social y jurídica.

Pestalozzi # 1115, Col del valle, C.P. 03100,

Delegación. Benito Juárez,

Tel: 52 00 96 32, 52 00 96 33, fax: 55 75 50 03.

7.- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Presidente: Doctor Luis de la Barrera Solórzano.

Está facultada para conocer e investigar, a petición de parte o de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos por actos u omisiones de servidores públicos del Distrito Federal. La institución recibe quejas las 24 horas del día, los 365 días del año. Servicio Gratuito.

Área: Jurídica.

Avenida Chapultepec # 49, Centro Histórico, C. P. 06040

Tel: 52 29 56 00, Fax: 55 78 25 78, E-mail: cdhdf@cdhdf.org.mx

Página web: www.cdhdf.org.mx

8.- DIF Distrito Federal.

Gobernador: Lic. Marcelo Ebrard.

Presidenta DIF: Sra. Mariagna Prats de Ebrad

Directora DIF: Lic. Margarita Darlen Rojas Olvera

San Francisco No. 1374-70 piso esq. Tlacoquemecatl, Col. del Valle, C.P. 03100

Teléfono: 01 (55) 5575-35-97

Conmutador 55-59-19-19 Ext. 1106

Fax: 01 (55) 5575-31-22

E-mail: difdf_dirgral@yahoo.com.mx

Página Web: <http://www.dif.df.gob.mx>.

9.- DIF Estatal Estado de México.

Gobernador: Lic. Enrique Peña Nieto

Presidenta y Directora: Lic. Laura Barrera Fortoul.

Domicilio: Paseo Colón y Tolloacan s/n, Col. Isidro Fabela C.P. 50170,

Toluca, Estado de México

Correo: Apartado Postal No. 142.

Teléfono: 01 (722) 217-38-53

Fax: 01 (722) 217-39-42

E-mail: Laura.barrera@edomex.gob.mx .

Página Web: <http://www.edomex.gob.mx/difem/>

10.- Fundación para la Atención de Víctimas del Delito y Abuso del Poder I.A.P. (FAVI)

Su temática: Derechos Humanos

Brinda Servicios de: Asesoría legal, atención y terapia psicológica.

Xochimilco # 24, Merced Gómez,

Delegación. Álvaro Obregón.

Tel.55 93 30 78

11.- Fundación para la Protección de la Niñez, I.A.P.

Su Temática. Salud integral

Brinda Servicios de: Asistencia social, talleres.

Calz. Xochimilco # 4861, Guadalupe,

Delegación. Tlalpan

Tel.56 73 36 33

12.- Instituto de la Mujer para cada una de las Delegaciones.

Tels. 55 12 28 36 y 45.

13.- Instituto Nacional de Pediatría – SSA

Brinda Servicios de: Investigación sobre el maltrato infantil, orientación e información sobre violencia.

Av. Insurgentes Sur 3700-C, Cuicuilco.

Delegación Coyoacan.

Tel. 56 06 00 02 Ext. 373

14.- Instituto Nacional de Salud Mental - DIF

Su temática salud mental

Brinda Servicios de: Consulta externa, hospitalización, valoración, problemas de aprendizaje, terapia.

Periférico Sur # 2905, San Jerónimo Lidice

Delegación. Magdalena Contreras.

Te. 155 95 81 39

15.- Locatel.

Ofrece Servicio al Público como la Atención inmediata, oportuna e integral ante situaciones de emergencia como es el apoyo para la detección y prevención de problemas sociales y de salud; tales como: Violencia Familiar, Maltrato Infantil, Adicciones, Embarazos no planeados, Infecciones de Transmisión Sexual, Teléfono.56-58-11-11 servicio las 24horas del día.

16.- Procuraduría de la Defensa del menor Departamento de Servicios Sociales - DIF

Su temática. Maltrato a Menores.

Brinda Servicio de .Denuncias telefónicas de maltrato físico, psicológico, abandono, internados, terapia, pláticas a escuelas y padres.

Prolongación. Xochicalco # 947, 1º piso, Santa Cruz Atoyac.

Delegación. Benito Juárez.

Tel. 56 88 06 99.

17.-Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

General Gabriel Hernández #56, Interior: piso 5,

Colonia: / c.p.06720.

Delegación o Municipio: Cuauhtémoc.

Lada: 01 (55), Teléfono: 5345-5500, 5345-5557.

Correo electrónico: procurador@pgjdf.gob.mx

18.- Procuraduría General de Justicia del Estado de México

Morelos Ote Número: 1300, San Sebastián, C.P.: 50150,

Delegación o Municipio: Toluca,

Lada: 01 (722), Teléfono: 226-1600.

Correo electrónico: gemcpgj@edomex.gob.mx

19.- Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar para cada una de las Delegaciones.

Tels. 53 41 96 91 y 53 41 57 21.

El niño refleja lo que vive.

Sí el niño vive en un ambiente de crítica, aprende a condenar.

Sí el niño vive en un ambiente de hostilidad, aprende a ser agresivo.

Sí el niño vive en ridículo, aprende a ser tímido.

Sí el niño vive avergonzado, aprende a sentirse culpable.

Sí el niño vive en un ambiente de tolerancia, aprende a ser paciente.

Sí el niño vive en un ambiente de aliento, aprende a confiar.

Sí el niño vive en un ambiente de alabanza, aprende a preciar a otros.

Sí el niño vive en un ambiente de equidad, aprende a ser justo.

Sí el niño vive en un ambiente de seguridad, aprende a tener fe.

Sí el niño vive en un ambiente de aprobación, aprende a amarse a sí mismo.

Sí el niño vive en un ambiente de aceptación y de amistad, aprende a encontrar amor en el mundo.

Dorothy Law Nolte.