

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN
PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE PEDIATRÍA, EN MÉXICO, D.F.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA INFANTIL

PRESENTA

CECILIA LUNA GARCÍA

CON LA ASESORIA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MEXICO, D.F.

JUNIO 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario asesora de esta tesina por toda la ayuda recibida en Metodología de la investigación y corrección de estilo que hizo posible la culminación exitosa de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, por todas las enseñanzas recibidas en la especialidad de enfermería infantil a lo largo de un año, con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos para mi vida profesional.

A todos los maestros y profesores de la especialidad, quienes han hecho de mí una especialista en enfermería para beneficio de todos los pacientes que atiendo en el Instituto Nacional de Pediatría.

A todos los profesionales que constituyen la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, por la dedicación y compromiso que brindan a esta patología.

DEDICATORIAS

A mis padres: Josafat Luna Arias y Graciela García de Luna, quienes han sembrado en mí el camino de la superación personal y profesional que hizo posible llegar a esta meta.

A mi querido esposo: Francisco Javier Pérez García, por toda la ayuda recibida y por el apoyo que me ha dado en todas las etapas de mi formación profesional.

A mis amigas de la especialidad: Martha Isela Yáñez Aguilar, María del Socorro Romero Solís, Isabel Ramos Herrera y Mayra Calderón Lanz, porque gracias al equipo constituido para realizar las tareas, pudimos como verdaderas hermanas salir adelante y convertirnos en verdaderas especialistas.

A la niña Sandra y su familia, por permitirme el acercamiento, la confianza y por el aprendizaje obtenido para poder ayudar a otros seres humanos en igual situación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 Objetivo General.....	8
1.5.2. Objetivos Específicos.....	8
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	9
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL	9
2.1.1. Conceptos básicos.....	9
- De Maltrato Infantil.....	9
2.1.2 Tipos de Maltrato.....	11
- Físico.....	11
- Psicológico.....	11
- Abuso Sexual.....	11
- Síndrome de Münchausen o por poderes.....	12
2.1.3 Aspectos básicos del Maltrato Infantil.....	12
- Características del niño agredido.....	13

• Edad	13
• Sexo.....	13
• Malformaciones Congénitas.....	14
• Daño Neurológico.....	14
• Enfermedades Crónicas.....	14
• Inquietud, desobediencia y/o hiperactividad.....	15
- Características del agresor.....	15
• Edad.....	15
• Sexo	16
• Toxicomanías.....	16
• Antecedente de maltrato.....	16
• Enfermedad mental.....	17
- Factores desencadenantes.....	17
• Familiares.....	17
• Socioculturares.....	18
• Ambientales.....	18
2.1.4 Manifestaciones clínicas.....	19
- Del maltrato físico.....	19
- Del maltrato psicológico.....	20
• Agresión verbal.....	21
• Rechazo.....	21
• Terror.....	21
• Corrupción.....	22
• Aislamiento.....	22

• Indiferencia.....	22
- Del abuso sexual.....	23
• A corto plazo.....	23
• A largo plazo.....	23
- Del síndrome de Münchausen o por poderes.....	24
2.1.5 Criterios diagnósticos de maltrato infantil.....	24
- Historia clínica completa.....	24
- Información de los dos padres.....	25
- Valoración.....	25
- Lesiones.....	25
- Criterios de laboratorio.....	26
• Valoración Hematológica.....	26
• Examen General de Orina.....	26
• Análisis Coproparasitológico.....	26
• Cultivos.....	26
• Pruebas especiales.....	27
- Criterios de gabinete.....	27
2.1.6 Tratamiento del Maltrato Infantil.....	27
- Reconocimiento.....	28
- Protección.....	28
- Tipo de terapéutica.....	29
• Médico.....	29
• Quirúrgico.....	30
- Información del caso.....	30

2.1.7 Intervenciones de Enfermería Especializada.....	31
- Prevención Primaria.....	31
• En la población.	31
• En la formación y sensibilización de recursos humanos.....	32
• En la psicoprofilaxis obstétrica.....	32
• En los programas escolares.....	32
• En la educación sexual.....	32
• En la búsqueda sistemática.....	33
• En la consulta.....	33
• Utilización de Guías de Desarrollo.....	34
• Reforzamiento de la autoestima de los padres.....	34
- Prevención Secundaria.....	34
• En la población.....	34
• En el reconocimiento.....	35
a. De abandono o negligencia.....	35
b. De violencia intrafamiliar.....	35
c. De conductas paternas.....	35
• Recomendaciones a los padres.....	36
a. Tratamiento médico.....	36
b. Tratamiento psiquiátrico.....	36
c. Tratamiento de adicciones.....	36
• Coordinación con otros profesionales de la salud..	36
• En las visitas domiciliarias.....	37
• En el seguimiento.....	37

• Utilización de guías de desarrollo.....	37
• En la estimulación del afecto entre padres e hijos..	37
- Atención Hospitalaria.....	38
• Estabilización médica.....	38
• Aspecto emocional.....	39
• Actitud del personal de enfermería especializado..	39
3. <u>METODOLOGIA</u>	40
3.1 VARIABLES E INDICADORES	40
3.1.1. Dependiente.....	40
- Indicadores.....	40
3.1.2 Definición operacional del maltrato infantil.....	42
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	43
3.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA	44
3.2.1 Tipo.....	44
3.2.2. Diseño.....	45
3.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	46
3.3.1 Fichas de trabajo.....	46
3.3.2 Observación.....	46
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	47
4.1. CONCLUSIONES	47
- En servicio.....	47
- En docencia.....	49
- En administración.....	50
- En investigación.....	50

4.2 RECOMENDACIONES.....	51
- En las escuelas.....	52
- En las instituciones de salud.....	53
- A los padres.....	55
5. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	57
6. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	63
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	77

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

	PAG.
ANEXO No. 1: MENOR CON EQUIMOSIS EN MEJILLA.....	58
ANEXO No. 2: PREESCOLAR CON QUEMADURA EN GUANTE.....	59
ANEXO No. 3: QUEMADURA POR ESCALDADURA.....	60
ANEXO No. 4: MENOR CON EQUIMOSIS EN CARA TIPO ANTIFAZ.....	61
ANEXO No. 5: FRACTURA HELICOIDAL DE HÚMERO.....	62

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de enfermería especializadas, en pacientes con maltrato infantil, en el Instituto Nacional de Pediatría, en México, D.F. Para realizar esta investigación documental se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación del tema de tesina, que incluye los siguientes apartados: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos: general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el marco teórico de la variable, intervenciones de enfermería especializada en pacientes con maltrato infantil, a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en pacientes maltratados. Esto significa que el apoyo del marco teórico ha sido invaluable para recabar la información necesaria que apoya el problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el tercer capítulo se muestra la metodología empleada con la variable intervenciones de enfermería especializadas en pacientes con maltrato infantil, así como también los indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la

variable. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la tesina, así como también, las técnicas e instrumentos de investigación utilizados entre los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza esta tesina con las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda contar de manera clara con las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con maltrato infantil, para proporcionar la atención humana y de calidad profesional que este tipo de pacientes merece.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El maltrato infantil ha existido durante siglos a través de la historia de la humanidad; muchos niños en aras de disciplina y corrección, han sido sometidos a tratos crueles e inhumanos que les han dejado física y emocionalmente incapacitados o cuando no, les han ocasionado la muerte.

A pesar de tan graves consecuencias, la mayoría de los casos han pasado desapercibidos, pues en muchos casos se remite a los espacios más íntimos de la convivencia familiar, por otro lado existe un desconocimiento de la verdadera magnitud del fenómeno ya que no se cuenta con datos reales sobre el tema y del mismo modo, hay desconocimiento sobre los principales síntomas y evidencias que presenta el maltrato infantil, así como las características personales de quienes agreden o abusan de la particular indefensión de los niños.

Frecuentemente al escuchar hablar de maltrato infantil, nuestra mente se centra en ámbitos socio culturales y económicos bajos, pensamos que esta situación es exclusiva de estas condiciones; sin embargo a lo largo de los años y de diversas investigaciones, se ha podido demostrar que el maltrato infantil es un problema médico social y mundial que se encuentra presente en todas las clases sociales, que es multicausal y que aunado a los constantes cambios de la sociedad moderna en la que vivimos, dicho fenómeno irá en constante aumento.

Tomando en cuenta lo anterior, el Instituto Nacional de Pediatría el cual se fundó el 6 de Noviembre de 1970, bajo el nombre de Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), nació con la encomienda de otorgar servicios de atención médica pediátrica especializada a la población infantil; sin embargo para el 18 de abril de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto Presidencial mediante el cual se creaba el Instituto Nacional de Pediatría, considerando que por su calidad asistencial, docente y de investigación, hizo conveniente que gozara de autonomía, estructurándolo como Organismo Público Descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud en los términos de Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con asignación de personalidad jurídica, patrimonio e infraestructura propias, reforzando desde entonces el deber ser de la institución: Proporcionar atención medica infantil especializada del más alto nivel.

El Instituto Nacional de Pediatría es un Hospital de 3er Nivel de Atención, que tiene como misión brindar atención médica quirúrgica de elevada complejidad a la población infantil, para ello cuenta con pediatras especialistas en: Alergia, Cardiología, Cirugía Vasculuar, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía de Tórax y Neumología, Comunicación Humana, Infectología, Inmunología, Medicina Física y de Rehabilitación, Maltrato Infantil, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología, Oncología,

Ortopedia, Otorrinolaringología, Parasitología, Radioterapia, Salud Mental, Salud Reproductiva, Urología, Urgencias.

Desde 1973 el Instituto Nacional de Pediatría, ha atendido y manejado pacientes víctimas de maltrato infantil, inicialmente eran solo el médico y el servicio de trabajo social, pues carecía de un equipo multidisciplinario; ya para 1989 en el departamento de medicina interna bajo la dirección del Dr. Loredó-Abdalá se crea la línea de trabajo e investigación que dan origen a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM).

Actualmente, la atención de los niños inicia por su acceso a los servicios del Instituto a través de la consulta externa, o en su caso, por el servicio de urgencias, donde se ha observado que diariamente se registran entre 30 y 35 casos de niños que llegan con expresiones clínicas de maltrato; por lo que al presentarse la sospecha, se inicia la investigación con la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) donde la atención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de estos pacientes requiere del equipo multidisciplinario, donde enfermería va perdiendo terreno, pues en el Instituto laboran cerca de 700 enfermeras, de las cuales sólo el 30% son licenciadas tituladas y el otro 70% se encuentra en vías de terminar sus estudios profesionales o una especialidad, así mismo las enfermeras que colaboran con la clínica de atención integral al niño maltratado son solo dos, laborando en un solo turno (matutino) de lunes a viernes.

Se puede decir que el Instituto Nacional de Pediatría brinda a los pacientes con maltrato infantil una atención primordial especializada en áreas médico quirúrgicas, pero carente en el cuidado especializado de enfermería, lo que

se traduce en una gran complicación, ya que si la mayoría de las enfermeras existentes en el Instituto contaran con los conocimientos de especialidad en enfermería infantil, se podría no solo prevenir los primeros indicios del maltrato sino también evitar complicaciones; por ello, es sumamente importante contar con personal especializado que conozca el fenómeno del maltrato infantil y logre integrarse a la par con el equipo multidisciplinario.

Por lo anterior, en esta tesina se podrá definir en forma clara la intervención oportuna que tiene la enfermera especialista en la atención del maltrato infantil para brindar a todos los niños aquejados por este mal una atención humana y de calidad profesional.

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuales son las intervenciones de enfermería especializada en pacientes con maltrato infantil, en el Instituto Nacional de Pediatría en México, D.F.?

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar porque el maltrato infantil es considerado un problema de salud pública en el país por ocasionar, en muchos de los casos, la muerte

del menor, la disfunción de alguna estructura de su cuerpo o un daño psicológico permanente.

Cifras del DIF Nacional revelan que cerca de dos millones de menores de edad son víctimas de maltrato y tan solo en la Ciudad de México siete de cada diez familias viven este tipo de situaciones.

En segundo lugar, esta investigación documental se justifica porque se pretende valorar en ella la identificación y control de los factores de riesgo modificables en los que se produce el maltrato infantil, de forma tal de lograr una correcta detección del problema.

Por ello en esta tesina es necesario sentar las bases de lo que la enfermera especialista debe realizar al encontrarse ante un niño con maltrato infantil a fin de disminuir la mortalidad y favorecer en muchos casos el óptimo desarrollo bio psico social del niño.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

El tema de la presente investigación documental se ubica en diversas áreas de estudio como son: medicina, sociología, psicología, psiquiatría, trabajo social, derecho y por supuesto enfermería.

Lo anterior, en virtud de que el maltrato infantil se trata de un fenómeno multifactorial determinado por varias fuerzas que actúan en el individuo, la familia, la comunidad y la cultura donde se desenvuelve el niño; lo que impide o dificulta su desarrollo, por lo tanto el abordaje preventivo,

terapéutico y de rehabilitación tiene que ser de manera integral y multidisciplinar.

La participación del personal de enfermería especialista en materia infantil se encuentra en una posición privilegiada pues su actuación es vital para la prevención, detección y atención de situaciones de riesgo y maltrato infantil, pues es ella quien proporciona al niño y su familia atención desde el nacimiento hasta la adolescencia y su valiosa enseñanza y experiencia, es muy importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el maltrato infantil.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las Intervenciones de enfermería especializadas en pacientes con maltrato infantil en el Instituto Nacional de Pediatría, en México, D.F.

1.5.2 Específicos

Identificar las principales funciones y actividades de la enfermera especialista en el área infantil para el manejo preventivo, curativo y de rehabilitación de los pacientes con maltrato infantil.

Proponer las diversas actividades que el personal de enfermería especializado debe llevar a cabo como una práctica en pacientes con maltrato infantil.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL

2.1.1 Conceptos básicos

- De Maltrato Infantil

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define el maltrato infantil como: “Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”¹

El Fondo Internacional de Socorro de la Infancia (UNICEF), entiende a los menores víctimas de maltrato y el abandono como aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los

¹ Arturo Loredó Abdalá. *Maltrato en niños y adolescentes*. Ed. Editores de textos Mexicanos, México, 2004. P. 19

derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.²

El Sistema de Protección y Desarrollo Integral de la Familia (DIF) define: “Un maltrato en el sentido amplio de la palabra donde se involucra no sólo la agresión física, sexual o psicológica, sino también la falta de atención a sus necesidades vitales como son la alimentación, respuesta a sus dolores cuando enferman o al cuidado de su aseo y otras más”³

Para Arturo Loredó Abdalá, “es la forma extrema y/o extraña de lesiones no accidentales, de cualquier forma de agresión sexual, privación emocional y otro proceso de agresión ya sea aislada, combinada y ocasionadas intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o adultos estrechamente relacionados con la familia”.⁴

La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría y de la Universidad Nacional Autónoma de México (CAINM-INP-UNAM) define: “Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor (es), antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual”⁵

² Id

³ Id

⁴ Ibídem P.20

⁵ Id

2.1.2 Tipos de Maltrato

- Físico

Se considera cualquier acción no accidental, provocada por los padres, cuidadores u otras personas cercanas al menor y que da lugar a daños físicos o enfermedades.⁶

- Psicológico

Daño que propositivamente se hace contra las aptitudes y habilidades de un niño, causando deterioro de la personalidad, socialización y en general, en el desarrollo armónico de emociones y habilidades. Existen cinco tipos de maltrato psicológico: rechazo, terror, indiferencia, aislamiento y corrupción.⁷

- Abuso sexual

Es cualquier contacto o interacción sexual entre niños y un adolescente o adulto, concomitante o no a una situación violenta, cuya finalidad es proporcionar gratificación a las necesidades sexuales del perpetrador o de otra persona.

⁶ María José Aguilar Cordero. *Tratado de Enfermería Infantil*. Ed. Elsevier Science. Madrid, 2003. P. 943

⁷ Raymundo Rodríguez Herrera. *Síndrome del Niño Maltratado*. En Manual de Pediatría. Procedimientos Médico-Quirúrgicos. Ed. McGraw Hill Interamericana. México, 1999. P. 633

Este contacto sexual debe darse entre un niño o niña menor de 12 años de edad, con un agresor cinco años mayor que él, o entre un sujeto mayor de 13 años y un agresor 10 años o más mayor que él. Las formas de abuso sexual son: violación, incesto, manipulación de genitales y fomento de la prostitución. Existen otras situaciones que también implican abuso sexual, pero sin estar presente el contacto físico, por ejemplo el acoso, el exhibicionismo y el posar para fotografías o películas pornográficas.

Se considera que estas modalidades independientemente de la edad, se hallan dentro del abuso sexual cuando hay imposición por medio de la fuerza, violencia, amenazas, engaño y uso del poder.⁸

- Síndrome de Münchhausen o por poderes

Es una alteración pediátrica grave, en la cual los síntomas son inventados o falsificados por los padres o cuidadores sometiendo al niño a continuos ingresos hospitalarios y a múltiples exámenes clínicos, alegando síntomas patológicos ficticios o generados de manera activa por el propio adulto.⁹

2.1.3 Aspectos básicos del Maltrato Infantil

Una vez establecido lo que es el maltrato infantil en sus diferentes tipos, hay que precisar los elementos básicos para que el fenómeno se dé. Se requieren tres elementos fundamentales, su concatenación permite desarrollar esta patología pediátrica: Un niño “especial”, un agresor y un

⁸ Id

⁹ María José Aguilar Cordero. Op cit. P. 943 y 945

proceso “detonante” o factor desencadenante. La existencia de uno o dos de ellos permite colocar al menor o al adulto en el contexto de individuos con alto riesgo de sufrir u ocasionar el problema, pero no establece el diagnóstico de maltrato infantil.¹⁰

- Características del niño agredido

- Edad

El maltrato puede observarse a cualquier edad pediátrica y si se trata de maltrato físico, éste ocurre en recién nacidos y preescolares (menores de cuatro años de edad) con mayor frecuencia.

Cuando el abuso es sexual, el fenómeno se observa en escolares (el promedio de edad de los sujetos agredidos es de seis años y medio para los varones y ocho años para las niñas).¹¹

- Sexo

Niños de ambos sexos son agredidos en forma semejante, sin embargo, el maltrato físico es más frecuente en varones si son hijos únicos o en mujeres si ocupan el tercer o cuarto lugar en la familia. En caso de abuso sexual, el agredido casi siempre es del sexo femenino aunque no se excluye al varón.

¹⁰Arturo Loredó Abdalá. Op cit. p. 21

¹¹Raymundo Rodríguez Herrera. Op cit. p. 633

- Malformaciones congénitas

Esta situación puede ocasionar, en alguno de los progenitores, un vacío en cuanto a la expectativa que tuvo sobre el hijo esperado; se enuncian entre las principales labio leporino y/o paladar hendido, y meningocele o mielomeningocele.

- Daño neurológico

Sea grave o leve, se ha podido establecer que estos menores son víctimas potenciales de cualquier forma de maltrato. Destacan los menores con daño neurológico extremo, cuya vida depende total y absolutamente de un adulto.

- Enfermedades crónicas

En este rubro quedan incluidos todos los padecimientos que por su cronicidad es necesario que el menor reciba atención médica constante, ya sea en hospital o en consultorio, el costo económico que ello implica, la inversión de tiempo, la repercusión que el padecimiento, su atención (o ambos) tenga en las responsabilidades escolares del niño, son un campo propicio para que el menor pueda ser víctima de maltrato.

Quedan incluidas aquellas enfermedades como las metabólicas (diabetes) neoplásicas (leucemias) o sistémicas (lupus).

- Inquietud, desobediencia y/o hiperactividad

Estas son patologías que dificultan la educación y el trato diario, por lo que los niños son difíciles de controlar; el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAeH) se conoce por presentar trastorno en el desarrollo neuropsiquiátrico de un menor que afecta el área de la atención y del control de impulsos, repercutiendo en las actividades de la vida diaria y de aprendizaje ocasionando que los padres e incluso maestros le llamen la atención reiteradamente sufriendo agresión física o emocional.

Es necesario enfatizar que el pequeño con alguna de estas características únicamente está en riesgo de sufrir maltrato infantil; sin embargo dicha información deberá servir a la enfermera especialista como un foco amarillo que la ponga en alerta para prevenir la posibilidad de maltrato si existen los otros dos elementos que se requieren para que la patología surja.¹²

- Características del agresor

- Edad

El grupo que merece especial consideración son las madres adolescentes, por la falta de información y experiencia sobre la crianza de los hijos.

¹² Arturo Loredó Abdalá. Op cit. p. 20

Sin embargo, el promedio de edad se halla alrededor de los 26 años para las mujeres y de 30 años para los hombres, con una desviación estándar de ± 10.7 años.¹³

- Sexo

Se considera que ambos sexos son agresores; sin embargo se ha observado una frecuencia importante en el sexo femenino donde el principal agresor es la madre o madrastra.

- Toxicomanías

Las sustancias de abuso o adicción, especialmente el alcohol, puede desencadenar crisis de violencia al facilitar la desinhibición de los impulsos agresivos y disminuir el autocontrol y los escrúpulos de orden moral.

- Antecedente de maltrato

Es frecuente que algunos padres que fueron maltratados en su infancia tiendan a repetir la historia; pues llevan consigo un “modelo interno” llamado transmisión intergeneracional de la violencia y se explica como un modo de conducta aprendida y de la cual el agresor difícilmente puede desprenderse pues no se da cuenta.

¹³ Arturo Loredó Abdalá. Op cit. p. 21

- Enfermedad mental.

La violencia puede estar presente en prácticamente toda la escala de trastornos mentales; alrededor de 10% de los padres agresores son psicóticos; en las personas con esquizofrenia, la violencia puede ocurrir como consecuencia de ideas delirantes paranoides o en respuesta de alucinaciones auditivas.

Los pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca suelen ser agresivos ante provocaciones mínimas. Cuando el padre o madre sufre depresión puede haber irritabilidad o reacciones hostiles y frecuentemente muestran una autoestima devaluada, aislamiento social y tensión constante.¹⁴

- Factores desencadenantes

- Familiares

Se incluye la estructura y dinámica familiar; como es el tipo de familia (mono parental, donde solo existe un solo progenitor), reconstruida (padres unidos con hijos diferentes y propios), número de integrantes, etc.

El funcionamiento de la familia, mala comunicación y las malas relaciones; así como la carencia de vínculos afectivos y violencia familiar. Y la inexistencia de límites o reglas y/o disfunción conyugal.

¹⁴ Raymundo Rodríguez Herrera. Op cit. p. 632

- Socioculturales

En muchos países los padres recurren a los castigos físicos como las nalgadas o manazos para educar a sus hijos; pues piensan que es esencial usar estos métodos para que el hijo o hija se críen adecuadamente; esta costumbre está presente en casi todas las culturas y su práctica se considera algo “natural”.

Del mismo modo se comparten ideas de que los hijos pertenecen a los padres y que ellos pueden decidir sobre su destino.

- Ambientales

Las circunstancias ambientales desafortunadas pueden propiciar fenómenos de maltrato, destacan el desempleo, la inestabilidad laboral, la excesiva carga horaria; tener dos trabajos.

En relación a la vivienda se incluye el hacinamiento, vivienda compartida con otras familias, malas condiciones de habitabilidad, tener una vivienda con o sin mínimos servicios lo que propicia un ambiente poco atractivo por las restricciones de espacio.

Diversas situaciones accidentales que pueden ser cotidianas como que se descomponga algún aparato electrodoméstico como la licuadora o la televisión; o bien que se rompa algún objeto como platos, vasos, etc. pueden ser el detonador para que se establezca la agresividad.

2.1.4 Manifestaciones clínicas

- Del maltrato físico

Existen diversas manifestaciones de maltrato en un niño, las cuales pueden detectarse cuando éste llega al hospital.¹⁵

Las lesiones físicas pueden ser externas, internas o ambas; las externas son visibles y son causadas por algún objeto como un cinturón, alambre, plancha, etc.; o por alguna parte del cuerpo del agresor como las manos, puños, pies o la cabeza.¹⁶ (Ver Anexo No. 1: Menor con Equimosis en Mejilla)

Está compuesto por lesiones cutáneas como quemaduras (Ver Anexos No. 2: Preescolar con quemadura en guante y Anexo No. 3: Quemadura por escaldadura); hematomas y heridas.

Alteraciones oculares: desprendimiento de retina, hematomas en antifaz (Ver Anexo No. 4: Menor con equimosis en cara tipo antifaz) y hemorragia retiniana.

Así mismo trastornos esqueléticos rotura de huesos largos (Ver Anexo No. 5: Fractura helicoidal de húmero), costillas y cráneo; alteraciones

¹⁵ Ma. Concepción Mendoza. *Enfermería Pediátrica*. Ed. Manual Moderno. México, 1999. p. 419

¹⁶ Arturo Loredó Abdalá. Op cit. p. 29

viscerales: hígado, bazo, riñones, hematomas duodenales y lesiones ano genitales.

Los hematomas y las fracturas reflejan normalmente que se trata de lesiones no accidentales, en diferentes periodos evolutivos de cicatrización.¹⁷

- Del maltrato psicológico

El maltrato psicológico incluye el intento deliberado de destruir o limitar de forma importante la capacidad infantil y autoestima, se presenta de diferentes formas y principalmente afecta el desarrollo cognoscitivo del niño (psicomotor, inteligencia, lenguaje, memoria, atención, etc.), así como sus habilidades de socialización, y por lo tanto, la integración de su personalidad.

Se manifiesta con incapacidad para aprender, para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias; profundos sentimientos de depresión e infelicidad; tendencia desarrollar síntomas físicos como tartamudeo, anorexia, bulimia u obesidad.

Se trata de negligencia por parte de los padres, manifestado en las acciones y omisiones cumplidas por éstos:

¹⁷ María José Aguilar Cordero. Op cit. p. 944

- Agresión verbal

Conducta verbal que ofende, humilla y denigra el autoconcepto del menor. Se expresan verbalmente frases como “¡Estás loco (a)!”, “¡Tu cállate, no sabes nada!” así como el uso de palabras como burro, tonto, baboso, etc. y/o palabras altisonantes.

- Rechazo

Los indicadores más importantes son el retraso del crecimiento y desarrollo, falta de higiene personal como eritema del pañal, parasitosis y suciedad del cuero cabelludo, trastornos de comportamiento como apatía, agresividad o hiperactividad.

En los escolares se puede notar somnolencia, ausentismo y fracaso escolar; regularmente, se trata de conductas que indican abandono como es no mostrar afecto ni reconocimiento a los logros del niño.

- Terror

Amenazar al niño, imponiéndole castigos vagos o extremos con lo que se crea un ambiente impredecible de amedrentamiento. Se expresan verbalmente amenazas como: “¡Te voy a llevar a un internado!”, “¡Si te portas mal, te pego”! etc.

- Corrupción

Actitudes de los padres con las que socializan mal al niño y refuerzan una conducta antisocial o desviada. En ocasiones, los padres “enseñan” a robar a los niños o bien a participar en actividades no lícitas como apuestas o juegos clandestinos.

- Aislamiento

Evitar que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa. En ocasiones los padres no permiten que los niños interactúen con otros niños, los mantienen encerrados en casa o bien saturados de actividades para evitar la convivencia.

- Indiferencia

Falta de disponibilidad psicológica de los padres, los cuales permiten el uso de sustancias adictivas, conductas de inadaptación, además de no cumplir los cuidados psicológicos y emocionales que requiere el menor.¹⁸

Es común, ver con frecuencia que se deja a los niños solos viendo televisión convirtiéndose ésta en la compañía y niñera de ellos.

¹⁸ María José Aguilar Cordero. Op cit. p. 944

- Del abuso sexual

Los menores agredidos sexualmente presentan manifestaciones a corto y largo plazo.¹⁹

- A corto plazo

Pueden sufrir trastornos psíquicos, así como comportamientos seductores o sexuales y juegos sexuales inapropiados para su edad con masturbaciones compulsivas; lesiones del área genital y anal (desgarros, heridas, dilatación del introito vaginal, secreciones y daño por Infecciones de Transmisión Sexual.

- A largo plazo

Son más severas pues dan lugar a trastornos psiquiátricos, de comportamiento y desviaciones sexuales; conductas sexuales como masturbación excesiva, interacción sexual con iguales, agresiones sexuales a otros niños más pequeños o vulnerables, conductas sexuales con adultos y conductas seductivas. Los conocimientos sexuales se manifiestan cuando el menor sabe lo que es la penetración digital, la erección, la eyaculación, etc.

El menor puede afirmar, aunque no de inmediato el haber sido víctima de abuso, manifestando una penetración, manipulación o bien hostigamiento.

¹⁹ Ibídem. p. 946

- Del síndrome de Münchausen o por poderes

Se debe sospechar de una enfermedad de Münchausen cuando el niño presenta alteraciones físicas persistentes sin causa aparente, mediante síntomas detectados solamente por los padres, que desaparecen tras el ingreso hospitalario.

Se trata de signos y síntomas inexplicables, descritos por los padres sin relación con el estado de salud del niño y con la negativa de la madre a separarse de su hijo.

Frecuentemente se utilizan algunos agentes químicos para simular la enfermedad, destacan los tranquilizantes, barbitúricos, insulina, diazepam, salicilatos y fenobarbital. La edad en la que tiene lugar este tipo de maltrato suele estar comprendida entre los dos meses y los 7 a 10 años.²⁰

2.1.5 Criterios diagnósticos de maltrato infantil

- Historia clínica completa

En la evaluación del niño víctima de maltrato se debe efectuar una historia clínica lo mas precisa y detallada posible, donde se conozcan las características del niño y toda la información posible del cuidador.

²⁰ María José Aguilar Cordero. Op cit. p. 945

- Información de los dos padres

Cuando exista sospecha de maltrato, se requiere información de los dos padres por separado para conocer las diferentes versiones; una información contradictoria ayuda a conocer el origen de las lesiones y su intencionalidad.²¹

Así mismo se deberá poner atención al tiempo transcurrido entre la lesión y la solicitud de la atención médica; toda lesión física que no se correlacione con el mecanismo causal referido sugerirá maltrato.²²

- Valoración

Se deben valorar el estado físico, psicológico y de comportamiento del niño y evaluar las posibles negligencias ocasionadas por los padres (vacunas, problemas físicos no tratados, respuesta inadecuada al juego o miedo exagerado).

- Lesiones

Las lesiones cutáneas son las manifestaciones más frecuentes, así como las fracturas en diferentes fases de consolidación; observar la presencia de hematomas, quemaduras, alopecias traumáticas, alteraciones de la alimentación, falta de higiene, peso y talla inadecuados.²³

²¹ Ibidem. p.946

²² Raymundo Rodríguez Herrera. Op cit. p. 633

²³ María José Aguilar Cordero. Op cit. p. 947

- Criterios de laboratorio

- Valoración hematológica

En los niños que presentan equimosis se deberá realizar una valoración hematológica, con una biometría hemática completa, recuento plaquetario y tiempos de coagulación; los resultados orientarán a observar en los niños datos de anemia como consecuencia del rechazo y alteraciones de la coagulación.

- Examen general de orina

Un examen general de orina puede ser auxiliar para la presencia de datos sospechosos de infección de vías urinarias y descartar malformaciones a éste nivel.

- Análisis coproparasitológico

Algunos niños, especialmente los que sufren de privación, pueden tener manifestaciones de parasitosis intestinal.

- Cultivos

Si existe inquietud sobre posible abuso sexual, es obligado realizar un examen minucioso de los genitales externos y el recto observando

traumatismo genital, secreción, dolor o prurito genital, dificultad para caminar o sentarse. En estos casos pueden ser útiles los cultivos de boca, recto, vagina y uretra para descartar enfermedades venéreas.

- Pruebas especiales

En casos especiales se puede hacer una prueba inmunitaria de embarazo y búsqueda de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).²⁴

- Criterios de gabinete

El examen radiográfico de los huesos largos, del cráneo o de alguna parte del cuerpo que se encuentre dañada, permite corroborar los hallazgos clínicos y poner de manifiesto los antecedentes de agresión, así como localizar lesiones en lugares frecuente y en los poco habituales.

La gammagrafía ósea es un estudio complementario en estos casos y ayuda a establecer el diagnóstico, sobre todo cuando la lesión es reciente.²⁵

2.1.6 Tratamiento del Maltrato Infantil

El tratamiento integral se realiza por el grupo multidisciplinario constituido por médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales,

²⁴ Raymundo Rodríguez Herrera. Op cit. p. 635

²⁵ Raymundo Rodríguez Herrera. Op cit. p.635

abogados y otros profesionales solicitados²⁶ como el nutriólogo y el estomatólogo pediatra, un ginecólogo, un sociólogo y hasta un metodólogo o licenciado en metodología científica.

- Reconocimiento

Es la base fundamental del tratamiento. Los hospitales deben llevar a cabo un programa de educación continua para el personal del grupo multidisciplinario, que facilite el reconocimiento del maltrato infantil.²⁷

- Protección

Hospitalizar al niño para protegerlo mientras se evalúe la seguridad en su hogar. Las razones que se pueden dar a los padres son que las lesiones necesitan observación. Es necesario descartar la existencia de enfermedades óseas o defectos de la coagulación. No se debe tocar con los padres el tema de maltrato, ya que se puede retrasar el diagnóstico y dificultar el manejo integral del niño. En caso de que se niegue la hospitalización, se debe hacer el aviso a las autoridades judiciales correspondientes.

Tratar de obtener una relación adecuada con los familiares del niño a pesar de su culpabilidad. Se insiste en la necesidad de evitar acusaciones directas o diálogos tendenciosos.²⁸

²⁶ Id

²⁷ Arturo Loredo Abdalá. Op cit. p. 493

- Tipo de terapéutica

Iniciar en el niño el tratamiento médico o quirúrgico o ambos desde el ingreso al servicio de urgencias.

- Médico

El niño deberá recibir atención médica para que su desarrollo no se interrumpa y pueda realizarse plenamente como persona; se requerirá de la participación de diversos profesionales de la salud para que reciba atención intrahospitalaria y en su hogar.

De los niños de los cuales se sospecha que son víctimas de malos tratos físicos, el tratamiento se centra en su estabilización médica, las lesiones se tratan adecuadamente y si son extensas, que causen daño grave a órganos internos, algunas veces requieren de ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Algunos niños mueren a consecuencia de las lesiones antes de recibir atención médica y otros quedan con daño permanente y con su autoestima seriamente dañada.²⁹

²⁸ Arturo Loredó Abdalá. Op cit. p. 494

²⁹ Ma. Concepción Mendoza. Op cit. p. 420

- Quirúrgico.

Además de la estabilización médica, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico para salvaguardar la vida del niño en algunos casos y en otros para la búsqueda de la funcionalidad de algún órgano o miembro.

- Información del caso

Todos los profesionales de la salud están obligados por ley a declarar la sospecha de maltrato a un niño a la policía local y/o los centros de asistencia social. La sospecha apoyada por la evidencia objetiva, es un criterio para informar y debe comentarse previamente no sólo con el resto del equipo multidisciplinario sino también con la familia. El profesional que realiza estos informes está libre de cualquier responsabilidad civil o penal.³⁰

Es vital notificar el caso al organismo estatal de protección adecuado. En todos los estados, los médicos y restantes asistentes sanitarios están obligados a comunicar los malos tratos, y este acto obligatorio de comunicación está contemplado en la ley.

No informar de un caso de maltrato puede ocasionar mayores daños al niño, así como el procesamiento judicial del asistente que no comunicó los hechos.³¹

³⁰ Jason Robertson. *Manual Harriet Lane de Pediatría*. Ed. Elsevier Mosby. Madrid 2006. p. 122

³¹ Paul H. Dworkin. *Pediatría*. Ed. MacGraw Hill. Interamericana. 4a edición. Madrid, 2002. p.70

2.1.7. Intervenciones de Enfermería Especializada

Cabe resaltar que la enfermera especialista se encuentra en una posición privilegiada para la prevención, detección y atención de situaciones de riesgo y maltrato infantil, por ser ella quien generalmente está en constante contacto con el niño y sus padres, ya sea en el domicilio o en el hospital.

De este modo y conscientes de la importancia del rol que juega, la enfermera especialista puede poner en marcha diversas actividades de acción y prevención en diferentes niveles de acción.

- Prevención primaria

Los servicios de atención primaria tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser uno de los servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad).

- En la población

La prevención primaria, estará dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores predisponentes o de riesgo y potenciar los factores protectores.

- En la formación y sensibilización de recursos humanos

La formación de personal de enfermería especializado, será clave en la detección y prevención del maltrato infantil, pues estarán altamente sensibilizados y preparados para actuar ante esta situación.

- En la psicoprofilaxis obstétrica

El profesional de enfermería especializado, podrá participar en la psicoprofilaxis obstétrica (preparación para el parto) de las mujeres que atiende, incrementando en ellas y en los padres, las habilidades en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres – hijos.

- En los programas escolares

El profesional de enfermería especializado será capaz de intervenir en los programas de escuela para padres promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.

- En la educación sexual

Frecuentemente el profesional de enfermería especializado es quién da orientación sexual principalmente a mujeres jóvenes, facilitando recursos de planificación familiar para prevenir los embarazos no deseados; así

mismo participa en la educación sexual en las escuelas primarias y secundarias y en los programas de niño sano en los centros de salud.

- En la búsqueda sistemática

La búsqueda sistemática consistirá en identificar factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la historia de salud de atención primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc. de la población infantil atendida.

Se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.

- En la consulta

El profesional de enfermería especializado podrá intervenir en las consultas asistenciales, siempre con amabilidad y empatía, cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, regaños con abuso psicológico, etc.), se propondrán métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y se establecerán objetivos de disminución de experiencias de confrontación padres- hijos.

- Utilización de guías de desarrollo

Dentro del programa del Niño Sano, el profesional de enfermería especializado, utilizará guías como la de desarrollo de Denver para identificar junto con los padres la edad específica del niño y los requerimientos de cada etapa según la edad (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.).

La enfermera especialista, ayudará a facilitar el reconocimiento de la dificultad que entraña cada nuevo periodo de desarrollo y brindará a los padres, la orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promoverá la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable de la familia.

- Reforzamiento de la autoestima de los padres

Se podrán identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, se alabarán sus esfuerzos y se reforzará la autoestima y la capacidad de desempeño.

- Prevención secundaria

- En la población

Estará dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar o disminuir los factores de riesgo presentes, potencializando los factores protectores.

- En el reconocimiento
 - a) De abandono o negligencia

El reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño, será labor del profesional especializado de enfermería; se establecerán estrategias contra el trato negligente concentrado en las necesidades básicas de los niños (alimentación, educación, asistencia médica etc.) más que en las omisiones en la atención por los padres. Se evaluará la situación de negligencia y se consultará con los servicios de protección al menor (DIF).

b) De violencia intrafamiliar

Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como medida efectiva de prevenir el maltrato infantil; pues en aproximadamente 30 a 70% de las familias en las que se abusa de un adulto, habrá abuso en menores.

c) De conductas paternas

El profesional de enfermería especializado reconocerá conductas paternas de disciplina inapropiada tales como amenazas, regaños, sacudidas, golpes físicos, etc. y ofrecerá métodos alternativos de disciplina y reducción de experiencias de confrontación padres-hijos. Considerar remitir a la familia a una terapia psicológica para educar en el manejo del enojo y la ira.

- Recomendaciones a los padres

- a) Tratamiento médico

El profesional de enfermería especializado recomendará sutilmente el tratamiento por el médico familiar para el tratamiento de trastornos de ansiedad o depresivos

- b) Tratamiento psiquiátrico

Conocer y ofrecer a las familias que lo necesiten todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.

- c) Tratamiento de adicciones

Se considerará remitir a los padres a centros especializados en el tratamiento de personas con adicción al alcohol o drogas.

- Coordinación con otros profesionales de la salud

La coordinación con trabajo social de la zona, permitirá trabajar en conjunto los objetivos, planes, estrategias y ayuda definidas para cada familia de riesgo.

- En las visitas domiciliarias

La visita domiciliaria realizada por la enfermera especialista a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia será mensual y con una duración de cada visita de 20 a 40 minutos; estableciendo un contenido definido previamente para cada familia.

- En el seguimiento

Aumentar las visitas dentro del Programa de Niño Sano, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria (que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas) y de seguimiento de las familias de riesgo.

- Utilización de guías de desarrollo

Al igual que en la atención primaria, se propone la utilización de Guías de Desarrollo como la de Denver para observar las etapas de desarrollo del niño y proponer métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos.

- En la estimulación del afecto entre padres e hijos

Platicar con los padres la importancia de satisfacer en los niños, otras necesidades que quedan insatisfechas durante su desarrollo, como son el

afecto, la seguridad y el amor que éste necesita para su completo desarrollo emocional y psicológico.

Hacer hincapié en la creación de una atmósfera de cordialidad utilizando expresiones corporales mediante caricias y abrazos; así mismo fomentar la convivencia cercana y cotidiana acompañada de actividades lúdicas que favorezcan la comunicación.

- Atención hospitalaria

- Estabilización médica

La atención hospitalaria del niño con lesiones por maltrato estará centrada en la estabilización médica, el tratamiento de las lesiones físicas, así como de las enfermedades de transmisión sexual.

El profesional especializado de enfermería desempeñará actividades independientes e interdependientes en la atención de todo tipo de traumatismos (cráneo encefálico, lesiones cervicales, traumatismo torácico y/o abdominal cerrado, traumatismo de huesos largos).

Colocación y cuidado de dispositivos de inmovilización (yesos, férulas, collarines, etc.); así como el tratamiento y curación de heridas y quemaduras, colocación de oxígeno, colocación de venoclisis, administración de soluciones y medicamentos y cuidados específicos dependiendo el padecimiento y estado del paciente.

- Aspecto emocional

En el aspecto emocional, el profesional de enfermería especializado deberá demostrarle al niño confianza, aceptación y no le hará demasiadas preguntas que lo incomoden, para disminuir su angustia e inquietud y para que participe en su atención; fomentará la estimulación para actividades lúdicas y de aprendizaje y favorecerá la comunicación efectiva con él.

- Actitud del personal de enfermería especializado

Es de esperarse que el personal de enfermería reaccione con enojo y frustración al enterarse del maltrato; pero se debe estrictamente y de modo muy enfático, evitar actitudes acusadoras hacia los padres, por el contrario, se les deberá mantener informados e involucrados en la atención del niño.

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1. Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON MALTRATO INFANTIL.

- Indicadores

- En la prevención

- a) Identificación de factores de riesgo

- b) En el niño: ser menor de 4 años, producto no deseado, presentar alguna malformación congénita, daño neurológico o enfermedad crónica, ser inquieto, desobediente o hiperactivo.

- c) En el agresor: ser adolescente, tener adicción al alcohol o sustancias, contar con antecedente de haber sido maltratado en la infancia, presentar alguna enfermedad mental.

- d) Factores desencadenantes: familia numerosa, disfunción conyugal, divorcio, inestabilidad laboral, desempleo, hacinamiento, descomposición de algún aparato electrodoméstico.

- e) Coordinación y participación con otros profesionales de la salud y equipo multidisciplinario.

- En la atención

- a) Estabilización del paciente

- b) Tratamiento hospitalario de todo tipo de lesiones físicas (curaciones de heridas y quemaduras, colocación de oxígeno, colocación de venoclisis, administración de soluciones y medicamentos, asistencia en la colocación y cuidado de yesos, férulas, collarines, etc.)

- c) Reconocimiento

- d) Protección

- e) Información del caso

- En la rehabilitación

- a) Tratamiento psicológico en el niño y su familia

- b) Tratamiento de adicciones en los padres

- c) Realización de visitas domiciliarias

- d) Vigilancia periódica

3.1.2 Definición operacional del maltrato infantil.

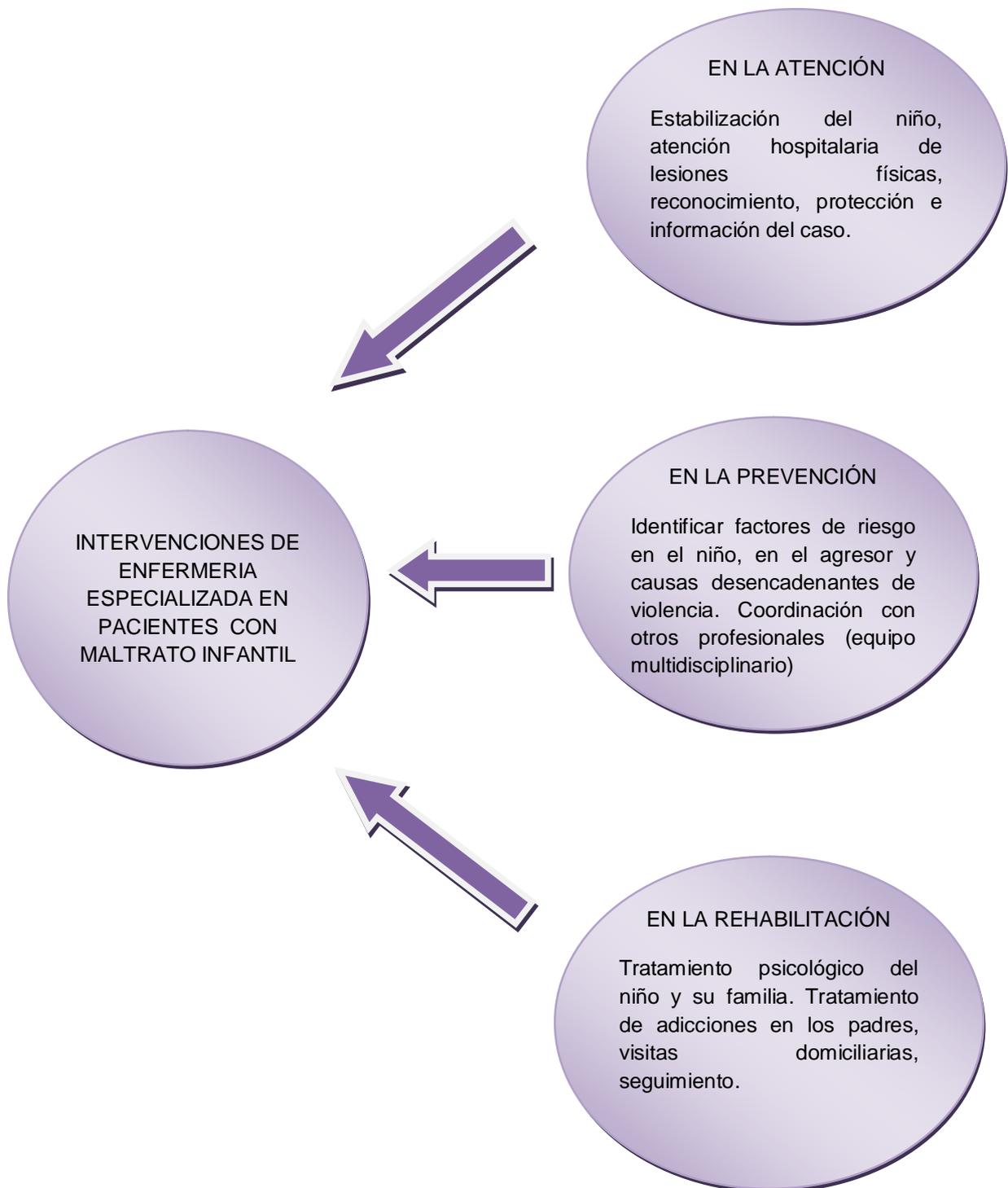
El maltrato infantil es un problema de salud pública que se encuentra en cualquier estrato social y de etiología multicausal, en el que intervienen un niño “especial”, un agresor y una causa desencadenante de violencia; se caracteriza por la agresión física, sexual, emocional o bien por el abandono ejercido hacia un menor por sus padres o tutores y que afecta su estructura física, social y emocional, causándole daños a corto, mediano y largo plazo y que puede en muchas ocasiones causarle la muerte.

Los principales signos y síntomas son lesiones físicas evidentes como son lesiones cutáneas como quemaduras, hematomas, heridas, equimosis, fracturas, talla baja, desnutrición, etc.

El tratamiento del maltrato infantil estará centrado en la estabilización del menor y atención de las lesiones físicas, procurando en todo momento la seguridad y protección del niño. Así mismo el tratamiento estará encaminado a la rehabilitación física y psicológica del menor y su familia.

Las intervenciones de enfermería especializada estarán centradas en la prevención, el tratamiento y rehabilitación del niño y su familia, actuando de manera integral con el equipo multidisciplinario, lo que implica la conformación de un equipo de trabajo que incluya médicos pediatras, psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales y abogados. El grupo se puede enriquecer con la intervención de un ginecólogo, un odontólogo pediatra, un licenciado en nutrición, un educador y un sociólogo entre otros.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable atención de enfermería especializada en pacientes con maltrato infantil.

Es analítica porque para estudiar la variable intervenciones de enfermería especializada en pacientes con maltrato infantil es necesario descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir en los meses de abril, mayo y junio de 2009.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable intervenciones de enfermería especializada a fin de proponer y proporcionar una atención de calidad y especializada a los pacientes con maltrato infantil.

Es propositiva porque en esta tesina se propone sentar las bases de lo que implica el deber ser de la atención especializada de enfermería en pacientes con maltrato infantil.

3.2.2 Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- Asistencia a un seminario taller de elaboración de tesis en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de una problemática de investigación de enfermería especializada relevante en las intervenciones de la especialidad en enfermería infantil.
- Elaboración de los objetivos de la tesis así como el marco teórico conceptual y referencial.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el marco teórico conceptual y referencial del maltrato infantil en la especialidad de enfermería infantil.
- Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de enfermería en el maltrato infantil.

3.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. En cada ficha se anotó el marco teórico conceptual y el marco teórico referencial de tal forma que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de enfermería en pacientes con maltrato infantil.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la enfermera especialista en el área infantil en los pacientes con maltrato infantil en el Instituto Nacional de Pediatría.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Al término de la presente tesina se concluye el logro del análisis de las intervenciones de enfermería especializadas en pacientes con maltrato infantil, que son indispensables para identificar las principales funciones y actividades de la enfermera especialista en el área infantil para la atención de calidad en el manejo preventivo, curativo y de rehabilitación de los pacientes aquejados por éste mal; así mismo, se propusieron diversas acciones que el personal de enfermería especializado debe llevar a cabo en la práctica de pacientes con maltrato infantil en cada una de las cuatro áreas básicas que son: servicio, docencia, administración e investigación.

- En servicio

El área de servicio, provee de materia prima a las demás áreas y orienta a otros profesionales a saber que, como, cuando y dónde se debe actuar. La enfermera especialista que atiende al paciente con maltrato infantil, lo hace en tres aspectos básicos que son la prevención, la atención y la rehabilitación, ya sea en el hogar, comunidad u hospital.

- En la prevención

En cualquier ambiente, la prevención se enfoca principalmente a identificar factores de riesgo que puedan desarrollar violencia intrafamiliar o doméstica y que conlleven al maltrato infantil.

Observar en el niño, si es menor de cuatro años, si es un niño que tenga alguna malformación congénita, daño neurológico o enfermedad crónica; que sea desobediente, inquieto o hiperactivo.

En los padres observar si son adolescentes, si se encuentran desempleados, si tienen alguna adicción al consumo de alcohol o drogas, si cuentan con historia de haber sido maltratados en la niñez, si padecen alguna enfermedad mental.

Identificar factores de riesgo, recabando información sobre la familia, aspectos psicosociales, la dinámica familiar y el tipo de familia que es; recordar que estas observaciones son focos amarillos que auxilian a la enfermera especialista para ponerse en alerta y poder prevenir el maltrato infantil identificando familias de riesgo.

- En la atención

La atención hospitalaria estará centrada en la estabilización del paciente dependiendo de la gravedad de las lesiones, la enfermera especialista deberá poner atención específica a traumatismos, fracturas, heridas, lesiones, quemaduras o en los casos graves la atención se brindará en la unidad de cuidados intensivos pediátricos; donde la enfermera desempeña actividades como preparación y administración de soluciones, curaciones

preparación y administración de medicamentos, ante todo formar un ambiente agradable para permitir la atención de calidad que éstos pacientes merecen.

- En la rehabilitación

En la rehabilitación, la enfermera especialista deberá coordinarse con el equipo multidisciplinario el cual trabajará en conjunto para la atención y rehabilitación del niño y del agresor mediante diferentes terapias como son psicológica, familiar, lúdica ya sea individual y/o familiar.

- En docencia

Desde el punto de vista de la docencia, la enfermera especialista sabe que la enseñanza es un arma vital importante para que la familia aprenda a reconocer factores de riesgo y por lo tanto entienda que es importante pedir o solicitar ayuda a los profesionales involucrados para la modificación de los mismos. Por otro lado, la información que proporciona la enfermera especialista a los padres principalmente y a la familia estará encausada al crecimiento y desarrollo del niño, identificando la edad de éste y los requerimientos de cada etapa como son la alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc. para lograr una mejor atención y aceptación.

La intervención de la enfermera especialista en la organización de congresos orientados básicamente al maltrato infantil, en reuniones académicas diversas donde se atienda el tema o su desarrollo en

programas académicos a través de conferencias son acciones docentes indispensables; otro logro importante, sería desarrollar programas de formación académica a nivel posgrado con reconocimiento universitario para la formación de enfermería.

- En administración

En la administración la enfermera especialista cuenta con los conocimientos necesarios para planear, organizar, dirigir y controlar las intervenciones y cuidados que realiza a cada paciente; principalmente se debe establecer un plan para la construcción de redes de apoyo social, se identifican los recursos humanos y materiales necesarios para solucionar los factores bio psico sociales que conllevan al maltrato infantil. Se planean visitas domiciliarias con tiempos específicos entre 30 y 45 minutos para dar seguimiento y control de la familia evaluando la enseñanza proporcionada anteriormente mediante la modificación de los factores de riesgo, la mejoría del paciente y la demostración de actitudes positivas de los padres en la interacción afectiva establecida con sus hijos. Así mismo la enfermera especialista y la familia se organizarán de acuerdo a tiempos y horarios para cumplir con las rutinas y planes establecidos.

- En investigación

La enfermera especialista sabe que el progreso se produce como resultado de la investigación en áreas que le son propias; de este modo se debe planear y desarrollar proyectos de investigación sobre las diversas facetas del maltrato infantil, lo que permitirá entre otras cosas establecer las bases

del conocimiento, especificando y guiando las intervenciones de enfermería que permitan buscar estrategias de prevención para frenar el fenómeno, por otro lado permitirá establecer otras líneas de investigación y la utilización de resultados útiles para otros investigadores si éstos se publican en revistas científicas.

4.2 RECOMENDACIONES

- Garantizar la seguridad y bienestar de todo niño que se sospeche o diagnostique con maltrato infantil a fin de proporcionar un entorno sano y seguro que le permita satisfacer sus necesidades físicas sociales y afectivas; la hospitalización puede ser una opción, pues de esta manera se protege al menor mientras se obtiene de los padres información clara, precisa y lo más apegada a la realidad posible para evaluar la seguridad en el hogar mientras se investiga el caso.

- Evitar actitudes acusadoras hacia los padres adoptando una actitud de empatía y respeto manteniéndolos informados e involucrados en la atención del niño, ante todo siempre resaltar la intención de querer ayudar y no perjudicar.

- Sensibilizar a toda la sociedad sobre la realidad creciente del fenómeno del maltrato infantil, mediante la publicación de información sobre el tema en periódicos y revistas de alcance popular o bien mediante campañas masivas que permitan aceptar y reconocer el problema.

- Elaborar programas de prevención primaria en las escuelas, instituciones de salud, centros deportivos y comunitarios, etc. encaminados a proporcionar información general sobre el fenómeno del maltrato infantil, así como identificar grupos y conductas de riesgo para actuar oportuna y eficientemente.

- En las escuelas

- Proporcionar pláticas educativas en las escuelas primarias a los niños para difundir sus derechos, pues dicha información constituye la herramienta ideal para lograr que los niños gocen plenamente del respeto a sus derechos y de los beneficios propios de su edad, así como para que se les proteja de su natural vulnerabilidad.

- Dar a conocer a los profesores de educación básica (preescolar y primaria) las características clínicas y sociales del maltrato infantil para lograr la sensibilización y participación solidaria en la difusión de una cultura ciudadana de tolerancia, respeto, paz y sobre todo amor y armonía.

- Organizar clases y talleres dirigidos a los padres de familia para fomentar y difundir los valores, derechos, obligaciones y responsabilidades de ellos para con sus hijos, tratando de esta manera de mejorar las actitudes y la comunicación familiar.

- Difundir información sobre sexualidad y planificación familiar entre los adolescentes en las escuelas secundarias mediante pláticas, talleres, trípticos, consulta de bibliografía relacionada e incluso internet, para

conocer y disminuir conductas de riesgo que frecuentemente conllevan a embarazos no deseados.

- Organizar en las escuelas de nivel secundaria y medio superior, “ferias de salud para los adolescentes” que promuevan la salud de éstos incluyendo temas sobre violencia, programas de planificación familiar, consumo de alcohol y tabaco, adquisición de hábitos dietéticos saludables que impidan la anorexia, bulimia u obesidad y que favorezcan una actitud positiva.

- Realizar talleres de simulación familiar entre los adolescentes, tratando de hacer conciencia sobre las situaciones posibles a las que se puedan enfrentar si se hicieran padres en este periodo de la vida.

- En las instituciones de salud

- Formar en todos los hospitales pediátricos un equipo multidisciplinario especializado dedicado a la atención integral del paciente con maltrato infantil y su familia a corto y mediano plazo.

- Establecer en todos los hospitales un algoritmo de atención integral al paciente que se sospeche o sufra de maltrato infantil, a fin de evitar la muerte del menor, la perpetuación del problema, la pérdida de tiempo y el dispendio de recursos, para lograr encontrar la pronta solución del problema.

- Dar a conocer al personal del equipo multidisciplinario de atención integral al paciente con maltrato infantil, las instituciones donde se puede acudir a

denunciar la sospecha o diagnóstico de maltrato para la atención oportuna y optimización del tiempo.

- Coordinar con el personal de trabajo social, el establecimiento de planes de trabajo, objetivos, estrategias de acción y ayuda definida a desarrollar con las familias de riesgo, a fin de favorecer la prevención de situaciones de maltrato infantil.

- Realizar visitas domiciliarias mensuales a familias en riesgo de sufrir violencia y brindar ayuda concreta a los padres sobre como enfrentar problemas y retos con los hijos, si fuera necesario, orientarlos y/o canalizarlos a instituciones específicas para el tratamiento y apoyo psicológico.

- Intervenir en las consultas médicas cuando el niño llega al hospital, estar presente en el interrogatorio directo del médico con los padres, cambiar al niño, observar durante este momento el estado de salud general del niño, preguntar al familiar sobre posibles lesiones físicas visibles, así como preguntar sobre el esquema de vacunación a fin de ir recabando información sobre el caso a tratar.

- Dar pláticas informativas a la población general que se encuentra en las salas de espera de los centros de salud, clínicas y hospitales sobre los aspectos generales del maltrato infantil, puede ser auxiliar un rotafolio para difundir el conocimiento, sensibilizar a las personas e ir encaminando a la población a una nueva cultura de denuncia.

- A los padres

- Motivar a los padres a asistir a grupos de autoayuda que refuercen su autoestima mediante la convivencia con personas que viven o padecen situaciones semejantes permitiendo el intercambio de experiencias y favoreciendo la retroalimentación para la mejora de la actitud cotidiana.

- Acudir a grupos de reflexión o solicitar orientación familiar cuando no se logre dar solución a algún conflicto familiar, se debe resaltar en este caso que todos somos seres humanos con fortalezas y debilidades y que en muchos casos necesitamos ayuda de otras personas que ven la situación desde un punto de vista más objetivo.

- Fomentar el respeto y la comunicación entre la pareja para lograr una buena relación entre ellos y para con los hijos, enfatizar que la educación se promueve con el ejemplo y que los hijos son el reflejo de conductas aprendidas de los padres, de modo que si ellos pelean frente a los niños, estos en el futuro pueden repetir la conducta porque así lo aprendieron en el seno familiar.

- Sugerir acciones que favorezcan una mejor relación entre padre es hijos, exaltar que los niños necesitan diariamente la aprobación de sus padres, por lo que será necesario que los padres, los abracen, los besen, les den una palmada de aceptación y utilicen frases positivas como: “Muy bien hijo”, “Te quiero mucho” “Te felicito hijo” ya que estas acciones, favorecen el crecimiento psicológico y para los niños tienen un valor indescriptible.

- Fortalecer las relaciones familiares mediante la convivencia cotidiana, sugerir actividades en familia por lo menos 2 veces por semana como son ir algún parque, cine, zoológico, etc. o bien realizar actividades en casa como el fomento de la lectura, utilización de juegos de mesa, o ver una película a fin de dedicar tiempo de calidad.

- Fomentar el crecimiento y desarrollo social y psicológico del niño mediante la aceptación y el respeto, dando tiempo necesario para que ellos aprendan maduren y crezcan evitando que los padres pierdan el control por querer que realicen cosas que aún no corresponden a su periodo de desarrollo.

5. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO No. 1: MENOR CON EQUIMOSIS EN MEJILLA

ANEXO No. 2: PREESCOLAR CON QUEMADURA EN GUANTE

ANEXO No. 3: QUEMADURA POR ESCALDADURA

ANEXO No. 4: MENOR CON EQUIMOSIS EN CARA TIPO ANTIFAZ

ANEXO No. 5: FRACTURA HELICOIDAL DE HÚMERO

ANEXO No. 1

MENOR CON EQUIMOSIS EN MEJILLA

FUENTE: LOREDO A; Arturo. *Maltrato en niños y adolescentes*. Ed. Editores de Textos Mexicanos. México, 2004. p.61

ANEXO No. 2

PREESCOLAR CON QUEMADURAS EN GUANTE

FUENTE: Misma del Anexo No. 1 p. 59

ANEXO No. 3

QUEMADURA POR ESCALDADURA



FUENTE: Misma del Anexo No. 1 p. 2

ANEXO No. 4

MENOR CON EQUIMOSIS EN CARA TIPO ANTIFAZ

FUENTE: Misma del Anexo No. 1 p. 341

ANEXO No. 5

FRACTURA HELICOIDAL DE HÚMERO



FUENTE: Misma del Anexo No. 1 p.3

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ADOLESCENTE. Relativo a la adolescencia; persona que se encuentra en el periodo de la adolescencia; término general que designa el periodo de tiempo que transcurre entre la infancia y la madurez, en el que se incluye la pubertad.

AISLAMIENTO. Separación de un grupo, como ocurre cuando se pone a un paciente en cuarentena y se separan sus fluidos corporales y su ropa para evitar la transmisión de una infección. Disociación de experiencias o recuerdos de las emociones que los acompaña, de modo que puedan llegar a resultar indiferentes. Se trata de un mecanismo psicológico inconsciente de defensa frente a la ansiedad.

ALCOHOLISMO. Patología caracterizada por un patrón de ingesta de alcohol acompañado de una dependencia física y psicológica. Puede reconocerse cuando causa dificultades en el funcionamiento social u ocupacional por la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerido para alcanzar los efectos deseados (tolerancia) y por síntomas físicos graves (de abstinencia) cuando se detiene o reduce la ingesta de alcohol.

ALOPECIA. Caída o pérdida del pelo o cabello que puede ser parcial o completa, permanente o temporal. Puede ser ocasionada por alguna enfermedad o como consecuencia de tomar algún medicamento. Especie de tiña.

ANEMIA. Es cuando el recuento de glóbulos rojos, la concentración de la hemoglobina y el valor del hematocrito en sangre están por debajo de los valores considerados normales para la edad, sexo y altura en que se habita. Puede producirse también por un descenso en la cantidad de eritrocitos. La anemia disminuye la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre.

ANOREXIA. Falta o pérdida del apetito. Síndrome psiquiátrico observado especialmente en mujeres jóvenes caracterizado por un rechazo a la ingestión de alimentos dando lugar a adelgazamiento y a trastornos metabólicos, acompañado frecuentemente de síntomas neuróticos graves centrados en un miedo exagerado a engordar.

APATÍA. Impasibilidad del ánimo, indiferencia. Dejadéz, indolencia, falta de decisión o energía. Suspensión accidental de las afecciones morales. Estado de indiferencia o falta de emoción.

BARBITURICO. Droga depresora de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Formada por condensación del ácido malónico con la urea. Nombre genérico de ciertos derivados del ácido barbitúrico que se emplean como fármacos por sus propiedades hipnóticas o sedantes.

BIOMETRÍA HEMÁTICA. Estudio estadístico de la sangre en el cual se cuentan las células de ésta, como la hemoglobina y plaquetas permitiendo así conocer la existencia de anemia o infecciones, además sirve como auxiliar en el diagnóstico y tratamiento de diversos padecimientos.

BULIMIA. Sensación psicopática de hambre que provoca la ingestión continua de alimentos, incluso cuando ya se está lleno. Nunca está satisfecho e incluso vomita para comer más. Es causada por desórdenes personales, obsesión por el peso y la dieta, traumas familiares y estrés. Los principales síntomas son la ingesta masiva de alimentos en poco tiempo, comer a escondidas, sentimiento de culpa, dieta, vómito. Las principales consecuencias son el desequilibrio electrolítico, problemas renales y gastrointestinales.

COGNOSCITIVO. Se dice de la facultad que es capaz de conocer. Proceso intelectual por el que se adquiere conocimiento, opuesto a los procesos emocionales. Captar la mente, la realidad de las cosas y sus relaciones.

CONCATENACIÓN. Encadenar, relacionar unas cosas con otras. Que está conectado en una serie en forma de cadena. Unir algunos elementos con otros. También denominado concadenar.

CONCOMITANTE. Relación entre dos o más cosas que ocurren al mismo efecto. Hecho de acompañar una cosa a otra. Conexión; correspondencia de una cosa con otra.

COPROPARASITOSCOPICO. Examen de laboratorio que se encarga de analizar las heces fecales del paciente, en busca principalmente de parásitos que pueden causar enfermedades.

CORRUPCIÓN. Degeneración de las costumbres. Acción y efecto de corromper o corromperse. Alterar la forma de alguna cosa. Echar a perder, depravar, dañar, podrir. Sobornar, pervertir o seducir. Incomodar, fastidiar.

DESARROLLO. Proceso mediante el cual se llevan a cabo diferentes etapas para obtener habilidades. En el crecimiento, se define como la diferenciación y madurez de las células que se traduce en el perfeccionamiento de sus funciones.

DEPRESIÓN. Tristeza profunda e inmotivada, acompañada de inhibición de las funciones psíquicas. Decaimiento del ánimo. Abatimiento emocional, tristeza mórbida acompañada de pérdida de interés por el entorno y falta de energía.

DIABETES. Enfermedad metabólica que se caracteriza por una deficiencia absoluta o relativa de insulina; como consecuencia de ello, se observan alteraciones en el nivel de glucosa en sangre. Los principales síntomas son poliuria, polidipsia (muchacha sed), polifagia (muchacha hambre), astenia (cansancio), adelgazamiento, prurito generalizado, alteraciones neurológicas, manifestaciones renales, lesiones oculares (retinopatía diabética) y menor resistencia a las infecciones (especialmente las que afectan al tracto urinario, boca, vagina y piel).

DISCAPACIDAD. Cualquier tipo de invalidez, en el aprendizaje, se caracteriza por un complejo de síntomas que implican una afección de algunas o de todas estas funciones: aprendizaje, lenguaje, percepción, memoria y concentración.

EMBARAZO. Gestación, preñez. Estado de una mujer encinta: periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto. Dicho estado se caracteriza por signos que se han distinguido en signos de probabilidad (supresión de la regla, trastornos digestivos, abultamiento progresivo del abdomen, modificación de las mamas, hiper-pigmentación de la piel) y signos de certeza (movimientos activos y pasivos del feto, ruidos cardiacos fetales y detección del feto por ecografía).

ENFERMEDAD. Alteración que afecta a todo el cuerpo o a cualquiera de sus partes, que impide el funcionamiento normal. También llamada afección. Congénita. Es aquella enfermedad que está presente desde el momento nacimiento. De transmisión sexual. Enfermedades que se transmiten mediante el contacto íntimo.

EDUCACIÓN. Guiar, conducir, formar, instruir. Proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

ERITEMA DEL PAÑAL. Enrojecimiento de la piel; caracterizado principalmente por la presencia de lesiones eruptivas y ulcerativas del área genital, inguinal y de las nalgas.

ESPECIALISTA. Persona cuya formación práctica y/o investigación se encuentra dedicada a una rama del conocimiento. En el contexto médico habitual, médico o enfermera que ha recibido formación avanzada y posee la certificación de un tribunal en el campo reconocido de la medicina.

ESPINA BIFIDA. Defecto congénito por el cual parte de la columna vertebral se encuentra ausente. Provoca que sobresalgan las meninges y algunas veces la médula espinal.

EQUIMOSIS. Punto negro y azul en la piel causado por el escape de sangre en el interior de la piel debido a una lesión de los vasos. En el párpado, lesión popularmente denominada ojo morado.

ESCOLAR. Etapa de la vida de un niño que comprende entre la edad de 6 y 12 años aproximadamente. Estudiante de enseñanza primaria.

FAMILIA. Grupo de personas vinculadas entre sí por relaciones de matrimonio, parentesco o afinidad. Conjunto de personas con el mismo origen o características. Grupo de individuos compuesto por los padres y su descendencia que tienen una condición común.

FRACTURA. Rotura de un hueso o cartílago. Las fracturas se caracterizan en abiertas (fractura que está acompañada por una herida abierta a través de la cual puede sobresalir el hueso roto), cerradas (fractura en la que la piel no se rompe) y helicoides o espiroides (fractura de un hueso largo en la que la línea de fractura se extiende en espiral en torno al cuerpo del hueso y es producida por una fuerza giratoria).

GAMMAGRAFIA. Patrón gráfico registrado sobre un papel de los pulsos obtenidos de un isótopo radioactivo, que revela su concentración en un órgano o tejido específico. Sirve para señalar el tejido u órgano o su porción metabolizante de forma activa.

GAMMAGRAFIA ÓSEA. Técnica sensible de exploración de los huesos para detectar lesiones; que habitualmente emplea material radioactivo. Resulta de valiosa ayuda en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de diversos trastornos benignos y malignos que afectan al esqueleto.

HABILIDAD. Competencia física o mental para funcionar. Cantidad de potencial máximo que puede contener una cavidad o receptáculo de un cuerpo. Medida de habilidad.

HACINAMIENTO. Reunir, amontonar, agrupar, acumular, aglutinar, apelonar. Se refiere a juntar cosas o personas en muy poco espacio.

HEMATOMA. Masa localizada de sangre fuera de los vasos sanguíneos generalmente en estado de semi-coagulación.

HEMORRAGIA. Salida, escape o expulsión abundante de sangre de los vasos sanguíneos debido a un estado patológico. Pérdida de sangre especialmente profusa.

HERIDA. Lesión o traumatismo que se produce en un tejido. Abierta (aséptica; que no presenta microorganismos infecciosos), incisa (es producida por un corte realizado con un cuchillo o con cualquier instrumento cortante); séptica (infectada).

HIPERACTIVO. Hiper- prefijo de origen griego que significa superioridad o exceso. Actividad, conjunto de acciones o movimientos de una persona. Se puede describir como un aumento excesivo de actividad.

INCESTO. Relación o actividad sexual entre personas emparentadas por sangre y cuyo matrimonio no se permite. Por ejemplo: padres e hijos, hermanos y hermanas.

INCOMPETENCIA MENTAL. Término legal que designa defectos de funcionamiento intelectual, de tal manera que la comprensión o la capacidad de ejecutar determinadas tareas son inadecuadas.

IRRITABLE. Propensión a conmoverse o irritarse con violencia o facilidad. Sensibilidad a los estímulos de los tejidos u órganos. Que es capaz de reaccionar a un estímulo. Que tiende a responder de modo exagerado a los estímulos.

LABIO HENDIDO. Defecto del labio superior que puede presentarse como un surco parecido a una cicatriz, una escotadura del labio o una hendidura que parte de la cavidad nasal. Puede ser unilateral o bilateral y suele ir acompañado de un paladar hendido. Denominado también, labio leporino.

LESIÓN. Alteración patógena o traumática de un órgano o tejido. Cualquier daño o perjuicio que sufre una persona. Herida o daño tisular. Discontinuidad patológica o traumática de tejido.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA. Malformación de origen genético o ambiental que nace con quien la tiene y es evidente en el momento del nacimiento. Innato, connatural.

MASTURBACIÓN. Auto manipulación de los órganos genitales para provocar el orgasmo o la excitación sexual. Onanismo.

MENINGOCELE. Protrusión congénita de las meninges (membranas del cerebro y de la médula espinal), de aspecto sacular y recubierta de piel, a través de un defecto del cráneo o de la columna vertebral. Las localizaciones más frecuentes son el área medio occipital de la cabeza y el área lumbo sacra de la columna.

MIEDO. Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o un mal real o imaginario. Recelo que uno tiene que le suceda algo no deseado. Sensación de aprehensión o de alarma que se produce como respuesta a una fuente externa de peligro. Aprensión.

MORATÓN. Hematoma sin laceración. Suele ser una lesión superficial pero puede aparecer en estructuras más profundas. Lesión mecánica (normalmente superficial) que produce una coloración negra azulada.

NEOPLÁSICAS. Se dice de las enfermedades que desarrollan en el tejido, que se forman por la proliferación de células y que dan origen a los tumores generalmente malignos. Frecuentemente se asocia o relaciona con el cáncer.

NEGLIGENCIA. Comisión de un acto inadecuado u omisión de una tarea exigible al profesional en el ejercicio de su profesión o a cualquier otra actuación que afecte a terceras personal o al receptor de esa actuación profesional.

NIÑO HIPERACTIVO. Niño que muestra actividad motora y habla excesiva, inestabilidad emocional y por lo general un intervalo de atención corto.

NIÑO MALTRATADO. Niño que ha sufrido abusos físicos generalmente por parte de los padres, con las consiguientes lesiones.

OBESIDAD. Acumulación excesiva de grasa en los tejidos subcutáneos. Se produce cuando el aporte calórico es mayor que el gasto de energía. La obesidad mórbida es muy severa que amenaza la vida y limita las actividades; se habla de obesidad mórbida cuando el sujeto obeso supera el doble de su peso ideal.

OMISIÓN. Abstención de hacer o decir. Falta por haber dejado de hacer alguna cosa. Descuido. Característica de las leyes penales, pues generalmente mandan no hacer, inversamente de las civiles.

PALADAR HENDIDO. Malformación congénita del paladar en la que existe una fisura en la línea media. Puede situarse solo en el paladar duro o afectar también al blando o extenderse a través del arco dental o ambos lados de la línea media. Suele asociarse a un labio leporino.

PARÁLISIS CEREBRAL. Parálisis congénita o adquirida en la que se producen trastornos de la función motora voluntaria debido a la lesión de los centros motores cerebrales. Se caracteriza sobre todo, por la aparición de una parálisis espástica o alteración del control o de la coordinación de los músculos voluntarios. Se acompaña con frecuencia de retraso mental, epilepsia y trastornos de la visión y de la comunicación.

PARASITOSIS. Infección producida por parásitos; es decir microorganismos que se alimentan a costa de las sustancias del organismo del otro ser. Asociación biológica entre dos especies en que una (parásito) se aprovecha de la otra (huésped).

PEDOFILIA. Individuo adulto que padece un trastorno por el que se ve envuelto en fantasías sexuales y actividades con niños como preferencia. Atracción sexual por los niños.

PREMATUREZ. Que ocurre antes del momento debido o esperado. En los niños, nacido entre las semanas 28 y 38 de gestación, cuyo peso oscila entre los 1000 y 2500 gramos.

QUEMADURA. Lesión producida por el fuego, el calor o una sustancia química. De primer grado. Quemadura que solo produce enrojecimiento de la piel sin formación de ampollas y solo afecta la epidermis. De segundo grado. Caracterizada por la formación de ampollas cutáneas que afectan la epidermis y a la dermis. De tercer grado. Destrucción del grosor completo de la piel que puede afectar a la grasa subcutánea, músculos y huesos.

RAYOS X. Estrecho haz de luz de radiación electromagnética (fotón de gran energía) de longitud de onda muy corta generada en el punto de impacto de una corriente de electrones catódicas de alta velocidad sobre el objetivo de un tubo de rayos x; debido a su gran poder de penetración se utilizan para registrar en película o sombras las diversas densidades de una parte del cuerpo.

RECIÉN NACIDO. Lactante nacido recientemente. Denominado también neonato o bebé. A término (recién nacido entre las semanas 38 y 42 de gestación), de tamaño excesivo (recién nacido cuyo peso excede los 4500 gramos en el momento del nacimiento), inmaduro (niño nacido entre las semanas 20 y 28 de gestación con un peso comprendido entre los 500 y 1000 gramos), pre término (término general para un niño nacido durante la semana 37 de gestación), recién nacido vivo (niño que después de ser alumbrado o extraído de la madre, respira o muestra evidencia de vida: latido cardiaco, pulso del cordón umbilical y movimientos definidos de músculos involuntarios).

RETRASO MENTAL. Funcionamiento intelectual por debajo de lo normal que se origina durante el periodo de desarrollo del individuo. A menudo parece asociado a trastornos de adaptación (social y de aprendizaje) o de maduración o ambos. Estado que se observa cuando se tiene un Coeficiente Intelectual (CI) de 69 o inferior en un test de inteligencia normalizado.

SALICILATO. Sal del ácido salicílico. Salicilato de metilo. Líquido incoloro e insoluble en agua que se usa en ungüentos para aliviar el dolor muscular. Salicilato de sodio. Escamas de color blanco solubles en agua, utilizadas anteriormente para el tratamiento de la fiebre reumática.

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN. Elaboración continua de la simulación de una enfermedad que, con frecuencia, es clínicamente convincente. Puede incluir ataques auto inducidos, desvanecimientos, anestesia, alucinaciones o delirios.

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES. Situación de un padre o cuidador de un niño (habitualmente la madre) que con frecuencia e insistencia refiere enfermedades del niño, que son elaboradas o incluso inducidas por el adulto, para conseguir que los médicos le presten atención. Los antecedentes del paciente muestran con frecuencia un largo registro de ingresos hospitalarios.

SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO. Síndrome caracterizado por la aparición de lesiones múltiples en un niño que han sido causadas por un individuo de mayor edad, normalmente un adulto y con frecuencia su progenitor.

SUPRESIÓN. Exclusión consciente de la conciencia de los recuerdos o sentimientos dolorosos. Se distingue de la represión, que es inconsciente. Hacer desaparecer, anular, eliminar, omitir, callar, pasar por alto.

TARTAMUDEO. Trastorno discursivo que se caracteriza por duda y repetición espasmódica e involuntaria de los sonidos. Pronunciación entrecortada y repitiendo sílabas.

TERAPIA PSICODINÁMICA. Tratamiento psico terapéutico que se centra en los conflictos intrapsíquicos. Este tratamiento busca ayudar al paciente en la comprensión de los factores conscientes e inconscientes que afectan a sus pensamientos, sentimientos y conducta o comportamiento.

TOXICOMANIA. Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que producen sensaciones agradables o que suprimen el dolor. Dependencia a las drogas.

VIOLACIÓN. Infringir o quebrantar una ley o precepto. Tener acceso sexual por la fuerza o hallándose la persona privada de sus facultades, o cuando es menor de doce años. Profanar un lugar sagrado.

VIOLENCIA DOMÉSTICA. Conducta por la cual el hombre, a través de su fuerza física, psicológica, intimidación o persecución, causa daño físico o emocional. La violencia doméstica conlleva un ciclo que incluye diferentes etapas. Se inicia de forma progresiva, con agresiones psicológicas y verbales; esta etapa es anterior a la agresión física y puede durar un tiempo más o menos prolongado. Las fases de la violencia siempre siguen pautas como: tensión (pequeños incidentes como la educación de los hijos, pequeñas discusiones), agresión (se inicia con violencia verbal, psicológica y posteriormente violencia física o sexual) y remisión (etapa donde el agresor intenta mantener cerca a la mujer haciéndole promesas, dándole regalos).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR C; María José. *Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos*. Ed. Elsevier Science. Madrid, 2003. 1260p.p.

BALSEIRO A; Lasty. *Investigación en Enfermería*. Ed. Prado, S.A., de C.V. México, 1991. 216p.p.

BEHRMAN E; Richard y Cols. *Nelson. Tratado de Pediatría*. Ed. Interamericana S.A. de C.V. México, 1987. 1971p.p.

CORTES R; Rogelio y Santiago Valentín Guerrero. *Urgencias en Pediatría. Hospital Infantil de México*. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. México, 2002. 1365p.p.

CHOW P; Marilyn y Cols. *Manual de Enfermería Pediátrica*. Ed. Limusa. México, 1983. 1053p.p.

DWORKIN H; Paul. *Pediatría. Serie Médica Nacional para el Estudio Independiente*. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. México, 2007. 739p.p.

GIGANTE, Joseph. *Pediatría. Primer Contacto con la Especialidad*. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. México, 2007. 299p.p.

GINER A; Carmen. *Actividades de Enfermería Orientadas a la Detección y Prevención de la Violencia Infantil*. En Internet:

www.enfervalencia.org/ei/articulos/articulos08.htm 5p.p. Consultado el 20 de abril de 2009.

GONZALEZ S; Lara y Cols. *Detección de malos tratos infantiles por enfermería*. En Internet:

www.agoradeenfermeria.com/CAST/num002/escrits.html 4p.p. Consultado el 20 de abril de 2009.

HAY W; William y Cols. *Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos*. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1997. 1475p.p.

JASON Robertson y Nicole Shilkofski. *Manual Harriet Lane de Pediatría*. Ed. Elsevier Science. Barcelona, 2006. 1119p.p.

- LISSAUER Tom y Graham Clayden. *Texto Ilustrado de Pediatría*. Ed. Harcourt. Madrid, 1998. 330p.p.
- LOREDO A; Arturo. *Maltrato en niños y adolescentes*. Ed. Editores de Textos Mexicanos. México, 2004. 397p.p.
- LOREDO A; Arturo. *Manual de Pediatría. Instituto Nacional de Pediatría*. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. México, 1999. 797p.p.
- LOREDO A; Arturo. *Medicina Interna Pediátrica*. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. México, 1985. 1379 p.p.
- MENDOZA G; Ma. Concepción y Cols. *Enfermería Pediátrica*. Ed. El Manual Moderno. México, 1999. 463p.p.
- PARKER Steven y Barry Zuckerman. *Pediatría del comportamiento y del Desarrollo. Manual para la Asistencia Primaria*. Ed. Masson-Little Brown, S.A. Barcelona, 1996. 567p.p.
- PETRZELOVA S; Jana. *Los niños desamparados y el maltrato infantil. Infancia y "deprivación"*. En Internet:
www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero5-05/colaboracion/a_ninos.asp México, 2005. 8p.p. Consultado el 20 de abril del 2009.
- POLIN A, Richard y Mark F. Ditmar. *Secretos de la Pediatría*. 2ª Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. México, 1998. 612p.p.
- REECE M; Robert. *Manual de Urgencias Pediátricas*. 2ª Ed. Editorial Pediátrica. Filadelfia 1998. 788p.p.
- ROSENSTEIN J; Beryl y Patricia D. Fosarelli. *Manual de Pediatría Práctico*. Ed. Harcourt –Brace. Madrid, 1998. 488p.p.
- SACHARIN M; Rosa. *Enfermería Pediátrica*. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. Madrid, 1989, 665p.p.
- SILVER K; Henry y Cols. *Manual de Pediatría*. 12ª Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1998. 872p.p.

SLOTA C; Margaret. *Cuidados Intensivos de Enfermería en el Niño*. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. México, 2000. 802p.p.

SORIANO F; Francisco Javier. *Prevención y Detección del Maltrato Infantil*. En Internet: www.foropediatrico.com Badajoz, 2004. 4p.p. Consultado el 21 de abril del 2009.

TRAD V, Paul. *Aspectos Humanos en el Cuidado Médico Infantil*. Ed. Trillas. México, 1996. 326p.p.

VALENZUELA H; Rogelio y Cols. *Manual de Pediatría*. Ed. Interamericana. México, 1987. 846p.p.

VELASCO-WHETSEELL, Martha y Cols. *Enfermería Pediátrica*. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. Bogotá, 2002. 493p.p.

VOYER, Luis. *Criterios de Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría*. Ed. Ediciones Journal. Buenos Aires, 2006. 640p.p.

WAECHTER H; Eugenia y Cols. *Enfermería Pediátrica*. Ed. Interamericana. México, 1978. 794p.p.

WALDERNBURG H; Saskia. *Radiología Pediátrica*. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1987. 602p.p.

WONG, L; Donna y Lucille F. Whaley. *Manual Clínico de Enfermería Pediátrica*. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson- SALVAT. Barcelona, 1993. 614p.p.