



ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

Nombre de la opción:

Tesina

Título del trabajo:

**Cuidados de enfermería en el paciente pediátrico que presenta maltrato.
Para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:

Diana Galván Caballero

Director del trabajo:

Licenciada en Enfermería Alicia Alejandra Matamoros Verdegel.

Ciudad de México, abril de 2019



SECRETARIA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de formación de Recursos Humanos para la salud
Escuela de Enfermería



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Cuidados de Enfermería en el Paciente
Pediátrico que presenta Maltrato

Elaborado por:

| | | | | | |
|----|------------------|------------------|--------------|-----------------|------------------|
| 1. | GALVAN | CABALLERO | DIANA | Núm. de cuenta: | 413504063 |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| | Apellido paterno | Materno | Nombre | | Núm. de cuenta |

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 11 de abril de 2019

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Alicia Alejandra Matamoros Verdegel

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

Dedicatoria

Todo mi esfuerzo y mis logros son dedicados a mi hijo; quien es el motor de mi vida, es por quien día a día despierto con ganas de salir delante, de ser una mejor persona, él es quien me inspira.

Hijo mío te dedico este gran paso importante en mi vida; espero con emoción el verte crecer y triunfar, deseo de todo corazón que algúndía te sientas orgulloso de mi y te des cuenta que mis ausencias en días importantes fueron justificadas porque siempre busque un mejor futuro para ti.

Gracias a ti soy quien soy; porque a pesar de ser tan pequeño me has dado las lecciones más grandes de mi vida, cada día me enseñas a levantarme a sobre ponerme de las adversidades, por ti sé que todos los días existe una nueva oportunidad para ser mejor, para esforzarse por lo que uno quiere, para no darse por vencido. Por esto y mucho más doy gracias a dios por elegirme como tu madre; te amo infinitamente.

Agradecimientos

Agradezco a mi madre por apoyarme hasta el final de mi carrera, por caminar conmigo siempre de la mano ante todas las adversidades, cuando tuve ganas de darme por vencida ella me sacudió fuertemente con sus palabras de aliento para no hacerlo. Gracias mamá por estar a mi lado.

A mi esposo por siempre impulsarme a ser mejor persona, por predicar siempre con su ejemplo de superación, por no dejarme sola, por compartir alegrías y tristezas a lo largo de esta carrera.

Al señor Agustín Téllez por apoyarme en todo momento en el cuidado de mi hijo para que yo pudiera concluir mis estudios; gracias por ser un ejemplo de vida para mí.

A mis profesores que compartieron conmigo experiencias y conocimientos, gracias por su entrega y su pasión al impartir cada asignatura. A mis asesores de tesina, Maestra Esther Santa Ana Admiro y respeto su preocupación por la niñez.

INDICE

Introducción

Justificación

Objetivos

Capítulo 1 marco teórico

1.1 Antecedentes históricos1

1.2 Panorama epidemiológico1

Capítulo 2 Características del niño en sus diferentes etapas

2.1 Etapa neonatal3

2.1.1 Desarrollo psicométrico etapa neonatal3

2.2 Lactante menor4

2.2.1 Desarrollo psicométrico lactante menor4

2.3 Lactante mayor5

2.3.1 Desarrollo psicométrico lactante mayor5

2.4 Etapa preescolar6

2.4.1 Desarrollo psicométrico etapa preescolar6

2.5 Etapa escolar7

2.5.1 Desarrollo psicométrico etapa escolar7

2.6 Adolescencia8

Capítulo 3 Desarrollo Afectivo Jean Peaget

3.1 Etapas del desarrollo afectivo9

Capítulo 4 Factores que influyen en el desarrollo emocional del niño

4.1 La familia11

| | |
|---|----|
| 4.1.1 Familia disfuncional | 12 |
| 4.1.2 Practicas de crianza | 13 |
| 4.1.3El apego Modelo de Bolwby | 14 |
| 4.1.4 Tipos de apego | 15 |
| Capitulo 5 Maltrato infantil | |
| 5.1 Maltrato inafntil OMS | 17 |
| 5.1.1 Violencia contra niños, niñas y adolescentes | 18 |
| 5.1.2 Tipos de maltrato | 19 |
| Capitulo 6 Factores de riesgo | |
| 6.1 Factores de riesgo de manera general | 23 |
| 6.1.1 Factores relacionados con los cuidadores | 23 |
| 6.1.2Factores de riesgo relacionados con la familia y comunidad | 24 |
| 6.1.3 Factores de riesgo reales, potenciales y atribuibles | 25 |
| 6.1.4 Modelo ecológico | 26 |
| Capitulo 7 Signos y síntomas | |
| 7.1 Maltrato Físico | 29 |
| 7.1.1 Lesión | 32 |
| 7.1.2 Tipos de lesión | 32 |
| 7.2 Maltrato psicológico | 35 |
| 7.3 Abuso sexual | 38 |
| 7.3.1 Trastorno por estrés post traumático | 39 |
| 7.3.2 Indicadores físicos específicos | 39 |
| 7.3.3 Enfermedades de transmisión sexual que pueden ser transmitidas de un adulto a un niño | 40 |

Capítulo 8 Diagnóstico

| | |
|---|----|
| 8.1 Diagnóstico de maltrato infantil | 42 |
| 8.2 Diagnóstico de maltrato Psicológico | 43 |
| 8.3 Diagnóstico abuso sexual | 44 |
| 8.4 Diagnóstico diferencial | 47 |
| 8.5 Tratamiento | 48 |

Capítulo 9 Repercusiones psicológicas de maltrato infantil

| | |
|---|----|
| 9.1 Repercusiones Psicológicas abuso físico | 49 |
| 9.2 Repercusiones psicológicas abuso psicologico | 51 |
| 9.3 Repercusiones psicológicas abuso sexual | 52 |
| 9.4 Consecuencias en las diferentes aéreas de desarrollo del niño. | 53 |

Capítulo 10 Marco legal y normativo

| | |
|--|----|
| 10.1 Artículo cuarto constitucional | 55 |
| 10.2 Derechos de los niños, niñas y adolescentes | 57 |
| 10.3 Norma oficial mexicana 019 | 58 |
| 10.4 Norma oficial mexicana 190 | 59 |
| 10.5 Norma oficial mexicana 032 | 60 |
| 10.6 Ley general de los derechos de los niños, niñas y adolescentes | 61 |
| 10.7 Ley para la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes | 62 |
| 10.8 Perfil del egresado de la licenciatura de enfermería y obstetricia | 63 |

Capítulo 11 El cuidado de enfermería

| | |
|---------------------------|----|
| 11.1 El cuidado | 64 |
| 11.2 Florence Nightingale | 65 |
| 11.3 Virginia Henderson | 67 |
| 11.4 Madeleine Leininger | 69 |
| 11.5 Margaret Jean Watson | 70 |

Capítulo 12 Intervenciones de Enfermería inmediatas al niño que presenta maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades.

| | |
|--|----|
| 12.1 Apoyo en la protección contra abusos: niños | 72 |
| 12.2 Valoración e interrogación directa | 77 |
| 12.3 inmovilización en caso de que exista fractura | 78 |
| 12.4 Apoyo emocional | 79 |
| 12.5 Disminución de la ansiedad | 80 |
| 12.6 Valoración del paciente | 82 |

Capítulo 13 Propuestas

| | |
|---|-----|
| 13.1 Hoja de valoración maltrato infantil de enfermería | 84 |
| 13.2 Pláticas preventivas e informativas | 88 |
| Conclusión | 90 |
| Glosario de términos | 91 |
| Bibliografía | 94 |
| Anexos | 100 |

Introducción

En nuestro país el maltrato infantil es un problema que afecta cada día más a la población, puesto que es un tema del cual escuchamos noticias a diario, se encuentra presente dentro del hogar, la escuela y cualquier entorno social en donde el niño se desenvuelva; por este motivo es constante observar en el área de urgencias casos de menores maltratados ya sea física, emocional o psicológicamente. Es alarmante descubrir que llegan al área de urgencias con datos de abuso; el cual es cometido en primera instancia por los progenitores, los abuelos, tíos, familiares indirectos o por personas que los encuentran en situación de calle. La realidad es que en México este problema afecta a los niños causándoles una secuela considerable para el futuro en su vida. En el mundo cada 7 minutos es asesinado un adolescente en un acto violento, en México 6 de cada 10 niños de 1 a 14 años ha experimentado por lo menos una forma de maltrato psicológico o físico por algún miembro de su hogar.¹¹

Ahora bien la Organización Mundial de la Salud señala como maltrato infantil que es el maltrato o la vejación de menores que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial y de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Se sospecha que el maltrato físico hacia niñas y niños fue el primer tipo de maltrato en ser identificado y por consiguiente, en ser estudiado principalmente por los médicos pediatras, en la actualidad la mayor parte de los especialistas reconocen cuatro tipos de maltrato infantil: maltrato físico, maltrato psicológico o emocional, abuso sexual, y negligencia.²

¹UNICEF MÉXICO https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_37381.html

²Álvarez de Lara R.M maltrato infantil y violencia familiar. Instituto de investigaciones UNAM. No.8. Ciudad de México 2013.

En el capítulo 1 se aborda los antecedentes históricos del maltrato infantil; el cómo la sociedad ha utilizado prácticas violentas para la crianza. Posteriormente en capítulo 2 se habla del desarrollo del niño, tanto físico como intelectual; para poder identificar el área que está siendo afectada por el tipo de maltrato que este padeciendo. Capítulo 3 menciona la definición de maltrato de acuerdo a la OMS y sus diferentes tipos. Los factores de riesgo los encontramos en el capítulo 4, en donde se encuentra detallado el factor de riesgo más importante que es el núcleo familiar.

Capítulo 5 contiene los signos y síntomas que presenta el menor en situación de maltrato infantil. Estos se pueden referir a físicos como psicológicos. Capítulo 6 menciona el diagnóstico para los diferentes tipos de maltrato. En el capítulo 7 encontramos las repercusiones psicológicas, de qué manera impacta al niño psicológicamente el ser víctima de maltrato. El marco legal y normativo se encuentra detallado en el capítulo 8; que contiene normas oficiales, derechos de los niños niñas y adolescentes.

En el capítulo 9 se hace una mención acerca del cuidado y la teoría de Florence Nightingale. Capítulo 10 contiene las intervenciones de enfermería ante el maltrato en sus diferentes tipos.

Finalmente el capítulo 11 se compone de una serie de propuestas para prevención del maltrato del niño, como pláticas preventivas y hoja de valoración para identificar si el menor fue abusado.

El propósito de este trabajo escrito es tratar de crear conciencia en el personal de enfermería; en cuanto a el daño que el niño está sufriendo al crecer en un ambiente hostil, con padres o cuidadores incapaces de llevar a cabo la tarea de la educación y el amor hacia con el menor.

Justificación.

El incremento de menores maltratados es cada vez más severo; se observa que este grupo de la población es vulnerable y se encuentra en mayor riesgo de sufrir algún tipo de abuso. Lo más grave es que el maltrato físico que compromete su integridad física y su crecimiento es cometido por familiares directos inclusive llegan a tener a los menores encadenados como esclavos; cada día al encender el televisor o revisar la publicaciones de internet y redes sociales encontramos por lo menos una noticia sobre maltrato a menores.³

Podemos observar que es una problemática severa y una de las principales causas por las cuales los niños abandonan el hogar o son sujetos de explotación y abuso. La UNICEF destaca que es necesario que todos los actores de la sociedad nos involucremos para dar una respuesta articulada y un mensaje contundente de no tolerancia a la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Mientras sea socialmente aceptado o al menos no sea condenado el hecho de que se golpeé o maltrate verbalmente a un niño o niña, el esquema seguirá reproduciéndose. Además en su informe anual 2017 menciona que la escuela y la vía pública son 2 entornos donde suceden 8 de cada 10 agresiones contra niños niñas y adolescentes entre 10 y 17 años, mientras que en el hogar es el tercer lugar en donde los niños están expuestos a la violencia.⁴

El siguiente trabajo tiene como objetivo dar a conocer los diferentes tipos de maltrato; enfocándose principalmente en el abuso físico, sexual y psicológico, así como plantear una serie de propuestas encaminadas a la acción de la prevención; para así ayudar a reintegrar al menor a un entorno digno para vivir y evitar que en un futuro su calidad de vida se vea severamente afectada.

³UNICEF Para cada niño. Violencia en la vida de los niños y los adolescentes. Datos fundamentales. 2017

⁴ IDEM

Objetivos

General

Dar a conocer los diferentes tipos de maltrato; enfocándose principalmente en el abuso físico, sexual y psicológico, así como plantear una serie de propuestas encaminadas a la acción de la prevención; para así ayudar a reintegrar al menor a un entorno digno para vivir y evitar que en un futuro su calidad de vida se vea severamente afectada.

Específicos

- Identificar los cuidados de enfermería en el paciente pediátrico que sufrió maltrato.
- Describir las intervenciones de enfermería en el paciente pediátrico que sufrió maltrato.
- Implementar una valoración de enfermería del paciente pediátrico con maltrato.

1 Marco teórico

1.1 Antecedentes históricos.

A través de la historia el maltrato a menores de edad ha sido controversial, ya que se toma en cuenta en la literatura, el arte y la ciencia. Pues se han tenido informes sobre infanticidios, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños y las niñas que se remontan a las civilizaciones más antiguas.⁵

En algunos registros históricos abundan los casos de menores de edad descuidados, débiles, mal nutridos, abandonados por su familia para valerse por sí mismos, y de menores de edad que han sufrido abuso sexual.

Por tal motivo han existido grupos de beneficencia y de otra índole, preocupados por el bienestar de los niños y las niñas; quienes se han dedicado a abogar por su protección.⁶

Henry Kempe y Silvermanen, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, concepto este que fue ampliado al indicar que estos infantes podían ser agredidos no solo de forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que se sustituyó el término golpeado por el de maltratado.⁷

En las últimas décadas se ha reconocido y documentado que la violencia contra el niño física, sexual y psicológica, así como la desatención deliberada ejercida por los padres y otros miembros cercanos de la familia es un fenómeno corriente. Desde la infancia temprana hasta los 18 años de edad, los niños son vulnerables a diversas formas de violencia en sus hogares.⁸

⁵Mojarro Iñiguez M. guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infantil y juvenil. Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva. Ciudad de México 2006.

⁶IDEM

⁷IDEM

⁸Lineamientos en prevención del maltrato infantil en ámbito familiar. Secretaría de salud

1.2 Panorama epidemiológico.

En México el maltrato infantil aumentó 50% en el lapso de un año. Un reporte realizado por las procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia de los sistemas estatales del DIF revela que en 2014 hubo 9 mil 378 denuncias más que en 2013, que pudieron ser comprobadas por las autoridades.

Los estados donde se reportaron la mayoría de casos de violencia contra este sector de la población en 2014 son Aguascalientes, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Quintana Roo, Sinaloa y Yucatán. En 2013 los DIF estatales iniciaron 32 mil 652 expedientes de maltrato y comprobaron 18 mil 277. De ese total el mayor número se refirió a omisión de cuidados con 12 mil 968 reportes. Posteriormente se da el maltrato físico con 7 mil 403, el emocional con 6 mil 752, abandono con mil 905 casos, el abuso sexual con mil 287 expedientes, la explotación laboral con 105 y la sexual comercial con 57 denuncias.⁹

La ECOPRED estima que en 2014, del total de la población infantil de 12 a 17 años que residió en las 47 ciudades, 5.1% (216 423) fue víctima de tocamientos ofensivos y 1.8% (75 011) víctima de violación sexual o estupro. Los delitos sexuales son principalmente ejercidos contra las niñas y adolescentes, para el delito de tocamientos ofensivos, 74 de cada 100 víctimas fueron niñas, mientras que en los delitos de violación sexual, en 67 de cada 100 casos la víctima fue una niña. La tasa de mortalidad por causa de maltrato físico infantil en 2015 es de 2.6 homicidios por cada 100 000 niñas, niños y adolescentes. El análisis por sexo de los homicidios en la población infantil permite observar un mayor número de homicidios en los que la víctima fue un varón.¹⁰

⁹Comunicado de prensa núm. 167/18 27 de abril de 2018 página 1/7. Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales.

¹⁰IDEM

2. Características del niño en sus diferentes etapas.

2.1. Etapa neonatal

Se define el periodo neonatal, como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida; clasificándolos de acuerdo a la edad gestacional como:

- Inmaduro (< 28 semanas)
- Prematuros/pre término: < 37 semanas
- Lactantes a término: 37 a 42 semanas
- Pos término (> 42 semanas)
-

Su piel es rosada con zonas más pálidas o rojizas, lanugo en dorso y hombros más frecuente, edema en párpados, mancha mongólica, cordón umbilical con una vena y dos arterias que se seca y se cae entre los primeros 5 y 7 días.¹¹

2.1.1 Desarrollo psicomotor etapa neonatal

Predomina hipotonía en cabeza y tronco, hipertonia en extremidades, conserva posición fetal, fija la mirada, visión confusa y Grasping (reflejo arcaico de prensión palmar). Persiste semiflexión de extremidades y manos flexionadas. En prono inicia movimientos repetición, sigue objetos a 90° y persiste Grasping. Capacidad visual muy limitada, no fija, distingue contornos a 30 cm, poca visión lateral, falta coordinación entre los 2 ojos, no percibe profundidades ya que su visión es exteroscópica. El oído se encuentra más desarrollado que la vista. Puede distinguir los ruidos por esta razón los fuertes lo asustan. Distingue volumen y tono.¹²

¹¹ Dres. Cannizzaro C.M. Paladino A.M. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anestesia, analgesia y reanimación. Montevideo 2011. Revista científica scielo

¹² IDEM

2.2 Lactante menor.

Es el periodo de vida que comprende desde los 28 días hasta los 12 meses. El crecimiento y desarrollo durante el primer año es muy acelerado, el niño triplica su peso de nacimiento, aumenta el doble su estatura y alcanza el 70% del crecimiento cerebral, presenta extremidades cortas, la cabeza y el tronco, ocupan la mayor proporción del cuerpo. Se aprecia la existencia de abundante tejido adiposo principalmente en las extremidades, el crecimiento de la cabeza es rápido, aumenta 1.5 cm/mes en los primeros 6 meses y los siguientes seis meses sólo 0.5 cm/mes. El cierre de las suturas craneales y la fontanela posterior o Landa sucede a los 3 meses; y la anterior o Bregma a los 18 meses.¹³

2.2.1 Desarrollo psicomotor

El desarrollo Psicomotor se manifiesta de céfalo caudal y de proximal a distal, logrando por ejemplo el control de la cabeza, girar sobre sí mismo, controlar el tronco y sentarse, gatear, pararse y caminar.

La motricidad fina se traduce en el uso de las manos, pasando de la prehensión refleja hasta abrir las manos, liberar el pulgar y por último lograr tomar las cosas voluntariamente. Gracias al movimiento el niño descubre su cuerpo y mediante la experiencia aprende a utilizar todas sus partes con un objetivo. Inicialmente los movimientos son automáticos, libres y desordenados. Mueve los ojos siguiendo parcialmente caras, ve sólo una pequeña parte del mundo que lo rodea sin enfocar. Mueve boca, lengua y cabeza buscando el pecho materno, succiona sus manos si están cerca de la boca. La sonrisa es automática. Posteriormente inician los movimientos dirigidos, se lleva las manos a la boca, controla su cabeza, sigue y toma objetos primero a los lados con una mano, luego en línea media. Intenta chupar todo lo que ve y toca, comienza a sacudir una sonaja y finalmente logra soltarla. Hay expresiones faciales ante su satisfacción o placer.¹⁴

¹³ Papalia. Feldman. Desarrollo Humano. Editorial Mcgraw Hill. Duodécima edición. Impreso en México.

¹⁴ IDEM

2.3 Lactante mayor

Este periodo comprende de los 12 meses hasta los 24 meses y es caracterizado por un acelerado ritmo del crecimiento y de la maduración de los principales sistemas del organismo.¹⁵

2.3.1 Desarrollo psicomotor

Al año y medio puede nombrar lo que le rodea. Ya es la palabra el símbolo del objeto. Este primer lenguaje es concreto por excelencia de igual forma comienza a diferenciar las consonantes; entre el año y medio a dos años comienza la fase interrogativa, el uso de verbos en infinitivo; de sustantivos en nominativo y de adjetivos en positivo. Rara vez emplea antes de los dos años palabras negativas (jamás nunca). A los 2 años tiene el niño la comprensión de un vocabulario de 300 a 700 palabras.¹⁶

Función Media edad Margen normalidad

- Sedestación 6-7 meses
- Andar sin ayuda 13 meses
- Palabras con sentido 12 meses
- Frases 21-24 meses
- Bebe de la taza solo 15 meses
- Se viste solo 3-4 años
- Control de esfínteres de día 2 años
- Control de esfínteres de noche 3 años

¹⁵ C. Sánchez Pérez. R. Rivera González. A. Correa Ramírez. El desarrollo del niño hasta los 12 meses. Orientaciones al pediatra para su vigilancia con la familia. Acta Pediátrica México Volumen 36. Diciembre 2015.

¹⁶ García Pérez M.A. Desarrollo motor y signos de alarma. Hospital universitario Fundación Alarcón. Neuropediatría. Febrero 2016.

2.5 Etapa preescolar

La etapa preescolar también es llamada niñez temprana, es el periodo comprendido de los 3 a los 6 años de edad. La ganancia anual promedio de los preescolares es 2 kg de peso y de 7 cm de talla, y su morfología externa se caracteriza por hacerse más esbeltos que en las etapas precedentes. En cuanto a la circunferencia cefálica, a los tres años el preescolar mide alrededor de 49 cm y, al término de la etapa, alcanza los 50cm.¹⁷

2.5.1 Desarrollo psicomotor

En cuanto al desarrollo psicomotor, son metas alcanzables en la edad señalar partes del cuerpo, designar objetos usuales, conocer su nombre completo, comparar pesos y líneas desiguales, diferenciar formas, responder correctamente si tiene hambre, sueño o frío, identificar los colores fundamentales, ejecutar 3 encargos y distinguir entre derecha e izquierda. Se pueden copiar líneas que se cruzan sin demostración, así como figuras, que en el caso de la humana al principio se reduce a círculos que representan la cabeza, con piernas y brazos en forma de líneas. Luego van adicionando el tronco, extremidades diferenciadas en brazo, antebrazo, muslo y pierna, así como otros detalles anatómicos y de vestuario con diferenciación sexual.¹⁸

El desarrollo motor fino evoluciona a medida que los reflejos primarios dan paso a la dominación de la destreza motora. A medida que el sistema nervioso madura los reflejos desaparecen y son reemplazados por actividades con algún fin determinado como por ejemplo tomar un vaso para beber agua. Perfecciona la coordinación general o específica, define objetos simples y su utilidad, busca una explicación de los hechos y fortalece su relación con el grupo de amigos.¹⁹

¹⁷ Dra. M. Aliño Santiago. Dr. R. Navarro Fernández. Dra. J. R. López Esquirol. Dra. I. Pérez Sánchez. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Revista Cubana de pediatría Vol. 79. No. 4. Diciembre 2017.

¹⁸ La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Revista Cubana de pediatría Vol. 79. No. 4. Diciembre 2017.

¹⁹ Introducción a los cuidados de enfermería infantil, necesidades básicas. Club Universitario 2011.

2.5 Etapa escolar

Es la etapa comprendida entre los 7 y 11 años de edad, también llamada niñez intermedia. Un parámetro fundamental en esta edad es el crecimiento físico, para cuya evaluación se emplean dimensiones consideradas básicas, como la talla, el peso y la circunferencia cefálica. Los preescolares que se encuentren en las mediciones referidas por debajo del percentil 3 o por encima del 97 exhiben un comportamiento atípico, que exige procedimientos que permitan determinar si hay o no alguna condición patológica responsable²⁰

2.5.1 Desarrollo psicomotor

En cuanto al desarrollo neuropsicomotor, son metas alcanzables en la edad señalar partes del cuerpo, designar objetos usuales, conocer su nombre completo, comparar pesos y líneas desiguales, diferenciar formas, responder correctamente si tiene hambre, sueño o frío, identificar los colores fundamentales, ejecutar 3 encargos y distinguir entre derecha e izquierda. Se pueden copiar líneas que se cruzan sin demostración, así como figuras, que en el caso de la humana al principio se reduce a círculos que representan la cabeza, con piernas y brazos en forma de líneas. Luego van adicionando el tronco, extremidades diferenciadas en brazo, antebrazo, muslo y pierna, así como otros detalles anatómicos y de vestuario con diferenciación sexual. Se perfecciona la actividad motora gruesa y fina. Al término, se alternan los pies al subir y bajar escaleras y son capaces de sostenerse y saltar en un pie. Los preescolares pueden utilizar tijeras. Manejan bien los utensilios para alimentarse. Se asean y secan sus manos y se visten, requiriendo ayuda solo al abotonarse y para anudar los zapatos.²¹

²⁰ Dra. M. A. Santiago. Dr. R. N. Fernández. Dra. J. R. López Esquirol. Dra. I. Pérez Sánchez. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Revista cubana pediatría volumen 79. 2014

²¹ IDEM

2.6 Adolescencia

Según la OMS es toda persona cuya edad este comprendida entre los 10 años y los 19 años de vida donde sistemáticamente existen cambios fisiológicos, bio-psicosociales y culturales. Se ha definido como el período de maduración psicobiológica, donde termina el brote secundario del crecimiento físico. Se adquiere la madures de la capacidad sexual para reproducirse, implica muchos cambios para el adolescente, que incluye aumento de peso y estructura, hay un aumento rápido de la capacidad vital pulmonar, la cual es mayor en los varones.²²



²² T. Borrás Santisteban. Adolescencia. Definición, vulnerabilidad y oportunidad. Volumen 18. Año 2014. scielo

3. El desarrollo afectivo Piaget.

El desarrollo afectivo se puede entender como el proceso de maduración y crecimiento que tiene lugar en el plano afectivo, es decir, el camino gradual a través del cual, el niño da sentido y forma a sus afectos y crea un patrón que determina su manera de vivir los afectos, la interpretación que hace de los mismos y las conductas afectivas que lleva a cabo. Piaget, considera que existe una estrecha relación entre inteligencia y emotividad. Entiende el desarrollo afectivo como el proceso a través del cual el niño aprende a regular sus emociones, a través de la voluntad.²³

3.1 Etapas del desarrollo afectivo

Etapa sensoriomotora (0 a 2 años): En esta etapa el niño se relaciona con la realidad a través de las sensaciones y los movimientos, todavía no es capaz de realizar operaciones mentales están se reducen a reacciones circulares. A nivel afectivo el niño de esta etapa explora su afectividad, manipula, experimenta, toca objetos y aporta un significado afectivo elemental que se centra en lo que considera agradable o desagradable. En esta etapa comienza a elaborar categorías de objetos, también a un nivel elemental distinguiendo entre objetos agradables y desagradables.²⁴

Etapa Preoperacional (3 a 7 años): El niño de esta etapa es capaz de pensar simbólicamente y adquiere el lenguaje, pero aun no realiza operaciones propiamente dichas, su pensamiento es muy diferente al del adulto. El pensamiento es intuitivo, es decir se basa en emociones y sensaciones. A nivel afectivo se puede señalar que aparecen los sentimientos de antipatía o simpatía hacia las personas, la categorización de lo que resulta agradable y desagradable se extiende a las personas.²⁵

²³ Meece, J. (2000) Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores, SEP, México, D.F. pág. 101-127

²⁴ IDEM

²⁵ IDEM

Etapa de operaciones concretas (7 a 12 años): Aparecen operaciones mentales pero son concretas. Es decir, el niño tiene la capacidad de razonar similar al adulto, pero limitada a lo concreto, no podrá razonar sobre conceptos abstractos como la justicia, el infinito, el sentido de la vida, etc. En la esfera afectiva, se produce un avance importante, el niño es capaz de considerar otros puntos de vista, ya no se limita por su visión específica de la realidad. Es capaz de comprender consecuencias porque ahora sabe diferenciar entre sus acciones y la finalidad de las mismas. En esta etapa además cobra especial importancia el mundo social y va desarrollando su personalidad. ²⁶

Operaciones formales (12 años en adelante): En esta etapa se adquiere la capacidad de cognición adulta, y es posible hacer operaciones mentales sobre conceptos abstractos. El adolescente ya está preparado para la vida social, a nivel afectivo ya a desarrollado suficientemente su emotividad y es consciente de su naturaleza social y que necesita el cariño y afecto de sus allegados. ²⁷



²⁶ Meece, J. (2000) Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores, SEP, México, D.F. pág. 101-127

²⁷ IDEM

4. Factores que influyen en el desarrollo emocional del niño.

4.1 La familia.

Es el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad. Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros”. Por otra parte “la familia es el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere”.²⁸

La familia está presente en la vida social. Es la más antigua de las instituciones humanas y constituye el elemento clave para la comprensión y funcionamiento de la sociedad. A través de ella, “la comunidad no sólo se provee de sus miembros, sino que se encarga de prepararlos para que cumplan satisfactoriamente el papel social que les corresponde. Es el canal primario para la transmisión de los valores y tradiciones de una generación a otra”.²⁹

En la actualidad el concepto de familia presenta una transformación sustancial en atención a los nuevos modelos sociales en que ésta se desarrolla, ya no se considera integrada exclusivamente por los parientes y los cónyuges como tradicionalmente se les identificaba, es decir, es decir, vinculada por matrimonio y relaciones parentales; ahora y en atención a la dinámica social, se contemplan otras formas de relaciones humanas donde los miembros que la integran se encuentran vinculados por lazos de afecto, de respeto, de convivencia y de solidaridad.³⁰

²⁸ Oliva Gomes E. Villa Guardiola V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización *Justicia Juris*, ISSN 1692-8571, Vol. 10. N° 1. Enero – Junio de 2014 Pág. 11-20

²⁹ IDEM

³⁰ IDEM

4.1.1 Familias disfuncionales.

Según hunt (2007) da dos definiciones de familia disfuncional: Primero considera que una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de una familia. Por lo tanto la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para un buen funcionamiento de la familia. Y segundo añade que se trata de en donde uno de sus miembros esa enfermo emocional, psicológica y espiritualmente. Partiendo del concepto de que salud involucra todos los aspectos en los que se desenvuelve el ser humano, para que una familia sea funcional todos sus miembros deben ser saludables; lo cual es controversial ya que ningún individuo tiene completos estos factores que involucran estar sanos completamente.³¹

Además se habla de familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, abuelos, tíos, un trabajador social entre otros. Así mismo explica que la palabra disfuncional significa que la familia no funciona, es decir no cumple las labores que le atribuye la sociedad. ³²

Los miembros de una familia disfuncional tienen síntomas comunes y pautas de comportamiento como resultado de sus experiencias dentro de la estructura familiar. Esto tiende a reforzar el comportamiento disfuncional, ya sea a través de la habilitación o perpetuación. La unidad familiar puede verse afectada por una variedad de factores.³³

³¹Pérez Presti A. Reynosa Dugarte M. El educador y la familia disfuncional. Universidad de los andes. Septiembre de 2011

³²IDEM

³³IDEM

4.1.2 Prácticas de crianza

La socialización de la primera infancia se produce mediante prácticas de crianza, entendidas como la forma en que el adulto (por lo general los padres o cuidadores) orienta el desarrollo del niño o la niña y le trasmite un conjunto de valores y normas que les facilitarán su inserción al grupo social a lo largo de su vida. La familia como grupo social influye en el desarrollo socio afectivo de todos sus integrantes en especial de los niños y niñas, ya que estos aprenden durante la primera infancia los modelos, normas y habilidades sociales necesarias. Por esta razón, los factores que inciden en el desarrollo de los niños y las niñas pueden variar, de ahí la importancia de identificar la influencia de la familia y de estas pautas de crianza en el desarrollo de los más pequeños durante la primera infancia.³⁴

La crianza implica tres procesos: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza. Las prácticas hacen referencia a las acciones que realizan las personas, las pautas, por el contrario, constituyen las ideas que circulan en una cultura sobre lo que debe hacerse y la forma en que las conductas se deben llevar a cabo, porejemplo, con respecto a la crianza de los niños y las niñas. Las pautas, en este sentido, tienen que ver con las normas ideales, y las prácticas, con acciones, con comportamientos aprendidos de los padres que se exponen para guiar las conductas de los niños y las niñas. En efecto, las prácticas de crianza son los patrones de comportamiento de los adultos enfocados en satisfacer las necesidades de supervivencia de los niños y niñas y que aseguran una buena calidad de vida. Las acciones adoptadas por padres, abuelos y otros cuidadores, se asocian con el estado de salud, nutrición y desarrollo físico y psicológico de los niños y niñas, especialmente en edades tempranas.³⁵

³⁴Vergara Hernández L. Prácticas de crianza en la primera infancia. Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte nº 27 julio-diciembre, 2017 ISSN 2145-9444 (electrónica)

³⁵IDEM

4.1.3 El apego modelo de Bolwby

El apego contribuye a la supervivencia física y psíquica del sujeto generando seguridad y facilitando el conocimiento del mundo, en la medida en que el niño va conformando modelos de representación internos que estructuran su vínculo con el mundo y con los otros significativos.³⁶

El modelo propuesto por Bolwby se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. El sistema de conductas de apego se refiere a todas aquellas conductas que están al servicio del mantenimiento de la proximidad y el contacto con las figuras de apego (sonrisas, llantos, contactos táctiles, etc.). Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad. El sistema de exploración está en estrecha relación con el anterior, ya que muestra una cierta incompatibilidad con él: cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. El sistema de miedo a los extraños muestra también su relación con los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego.³⁷

Por último, y en cierta contradicción con el miedo a los extraños, el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos, no sólo de la especie humana, por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos.³⁸

³⁶Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla. Avda. San Francisco Javier. 2014

³⁷IDEM

³⁸IDEM

4.1.4 Tipos de apego.

Apego seguro.

En el apego seguro aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades. Un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión³⁹

Apego inseguro evitativo.

En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable. Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto.⁴⁰

³⁹ Garrido Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 3, 493-507

⁴⁰IDEM

Apego inseguro ambivalente

El niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños se muestran tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Sus respuestas emocionales van desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo.⁴¹

Se ha establecido que la conducta de apego encuentra su periodo álgido entre los nueve meses y los tres años. Las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. Esto puede interpretarse también como un periodo crítico, puesto que la mayor parte de las carencias de apego que pueden perjudicar la conducta infantil. El apego suele producirse respecto de la madre, pero puede ser establecido con cualquier persona que haga sus veces, ya sea varón o mujer. Si que existe una cierta unidad de criterio en que los cuidados maternos contribuyen claramente a la seguridad del apego, especialmente la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad⁴²

⁴¹ Garrido Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 3, 493-507

⁴²IDEM

5 Maltrato infantil definición

5.1 Maltrato Infantil (OMS)

Se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.⁴³

Maltrato físico

Se define el maltrato físico de un niño como los actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o potencial.

El castigo corporal a los niños es una práctica legalmente sancionada y culturalmente aceptada en la gran mayoría de los países, esto se debe a que siempre se ha legitimado socialmente el castigo físico y ha sido una forma generalmente aceptada de crianza infantil. Esta forma de castigo físico de los niños, es la única forma de violencia interpersonal consentida por la ley bajo la suposición de que el castigo corporal está sustentado, según prácticas culturales ancestrales se realiza en el ejercicio del derecho de corrección o de educación. En nuestro país todavía algunos códigos penales estatales hasta fechas muy recientes consideraron que las conductas de este tipo no eran castigadas cuando en ejercicio del derecho de corrección se infringieran a la víctima lesiones que tardaran en sanar menos de quince días.⁴⁴

⁴³Álvarez de Lara R.M. maltrato infantil y violencia familiar. Instituto de investigaciones jurídicas UNAM. Ciudad de México 2013

⁴⁴IDEM

5.1.1 Violencia contra los niños y niñas (UNICEF)

La violencia contra los niños y niñas incluye el abuso y maltrato físico y mental, el abandono o el tratamiento negligente, la explotación y el abuso sexual. La violencia puede ocurrir en el hogar, las escuelas, los orfanatos, los centros residenciales de atención, en las calles, en el lugar de trabajo, en prisiones y establecimientos penitenciarios. Puede afectar la salud física y mental de los niños, perjudicar su habilidad para aprender y socializar, y, más adelante, influir en su desarrollo como adultos funcionales y buenos progenitores. En los casos más graves, la violencia contra los niños conduce a la muerte.⁴⁵

Para prevenir la violencia contra los niños y las niñas hay que crear políticas, aplicar las leyes y aportar recursos. La violencia por parte de maestros, guardas y otros empleados de instituciones públicas, incluidas las escuelas y las prisiones, debe prohibirse. Los gobiernos deben también tomar medidas para promover formas positivas de disciplina y proteger a los niños y niñas contra los abusos y la violencia dentro de sus familias.

Es necesario promulgar y aplicar de forma fiable leyes nacionales efectivas contra la violencia. Esta legislación podría incluir leyes que prohíban el castigo corporal, establezcan penas estrictas para el abuso sexual, introduzcan la exigencia de información y seguimiento para los asistentes sociales y trabajadores sanitarios y establezcan códigos de conducta para maestros, oficiales de policía, guardas y otras personas que trabajen en estrecha proximidad con niños y niñas.⁴⁶

⁴⁵UNICEF. Para cada niño. Informe Anual. México 2017.

⁴⁶IDEM

5.1.2 Tipos de maltrato

Maltrato físico: toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.

Negligencia: la omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor. La negligencia intrafamiliar viene a identificarse con el abandono de las obligaciones que socialmente son encomendadas a los padres o tutores de un menor. Se considera que se actúa negligentemente cuando:

- No se proporciona al menor la alimentación adecuada a su edad.
- Se descuidan sus necesidades en el vestido y en el calzado.
- No se atienden sus necesidades sanitarias (no tener las vacunaciones al día, no proporcionar la medicación a su tiempo y con las dosis indicadas, no visitar al médico cuando se muestren estados de salud deficientes).
- Se descuidan las necesidades educativas. Todo lo que implique absentismo escolar se considera negligencia.
- Descuido en la higiene.
- Largos periodos sin supervisión del menor por los padres o tutores.
- Repetidos accidentes domésticos.⁴⁷



⁴⁷F.J. Soriano Fauraa. Infancia y Adolescencia. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. Infancia y adolescencia 2015

Maltrato sexual: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen el voyerismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte un familiar aunque la relación sexual se mantenga con terceros.⁴⁸

Subtipos de maltrato sexual:

- Las mutilaciones o daños físicos en órganos de claro significado sexual, como la mutilación del clítoris, los labios menores o mayores; así como la mutilación de mamas o la presión con objetos que impidan su crecimiento, etc. Los matrimonios concertados de menores prepúberes o adolescentes por parte de personas adultas, en muchos casos niñas que son entregadas como esposas por la propia familia.
- Abusar sexualmente de una persona menor que no puede consentir, dada su edad (o sus limitaciones mentales y sociales) o que es sometido/a cualquier conducta sexual sin su consentimiento.
- Las formas de abuso y las estrategias de los abusadores son muy diversas, incluyendo acciones a través de internet como el sexting y el grooming, entre otras.
- Las diferentes formas de explotación sexual comercial de menores, con dos formas bien específicas, la mal llamada prostitución infantil (porque en ningún caso puede considerarse una decisión libre) y la pornografía infantil.⁴⁹

⁴⁸Academia Española de Sexología. Nueva tipología de maltrato infantil: formas de maltrato sexual [en línea] [Consultado el 16 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.academiadesexologia.es>

⁴⁹IDEM

- La no aceptación de la identidad sexual, incluidas la transexualidad y transgénero de un niño o una niña.
- La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia.
- La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual y los derechos sexuales que podrían hacer efectivos si recibieran las ayudas adecuadas.
- Las diferentes formas de negligencia sexual, como no ofrecer información y educación adecuada en la familia y escuela para su salud sexual.
- Diferentes formas de negligencia sexual como negar informaciones básicas, dejando de hacer una adecuada educación sexual positiva, impedir a profesionales en la escuela o en los servicios sanitarios que informen a la población infantil y adolescente y les ayuden a evitar riesgos es una forma de negligencia que puede tener graves consecuencias personales y sociales bien conocidas.
- La violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar puede tener graves consecuencias para niñas, niños y adolescentes, por lo que debe ser considerada también una forma específica de maltrato a la infancia que afecta muy especialmente a la mala socialización como hombre o como mujer. Además de las consecuencias directas de la violencia manifiesta, los modelos educativos no igualitarios perpetúan las desigualdades e impiden el sano desarrollo de hombres y mujeres, socializando para la discriminación de las mujeres desde la infancia y provocando carencias que dificultan la vida sexual y amorosa de ambos sexos.⁵⁰

⁵⁰Academia Española de Sexología. Nueva tipología de maltrato infantil: formas de maltrato sexual [en línea] [Consultado el 16 de diciembre de 2015].

Maltrato psicológico o emocional: acción, actitud o incapacidad de proporcionar un ambiente emocional propicio para el desarrollo psicológico, físico que permita lograr independencia y seguridad.

Las actitudes que mantienen los adultos hacia los menores son fundamentales en el caso del maltrato emocional:

- Conductas de ignorar al menor.
- Actitudes de distanciamiento, de desapego, o la privación de afectos y de seguridad (maltrato emocional pasivo).
- Conductas como gritar al menor, enfurecerse con él, regañarles violentamente, amenazarlos (maltrato emocional activo).
- Inducción en los menores de comportamientos antisociales mediante la realización de actividades inadecuadas en presencia de los niños (emborracharse, drogarse, el menor es testigo de conductas violentas).

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 lo considera como signos y síntomas psicológicos (baja autoestima, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación) o de trastornos psiquiátricos de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad, abuso o dependencia de sustancias, ideación o intento suicida, entre otros.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM), este problema se define como «Toda acción u omisión intencional que un individuo de edad mayor a la del niño ejerce contra éste, afectando su desarrollo cognoscitivo (psicomotor, inteligencia, memoria, lenguaje, atención), emocional (autoestima, autoconcepto, integridad corporal, independencia, capacidad de expresarse) y sus habilidades de socialización y por lo tanto, la integración de su personalidad.⁵¹

⁵¹F.J. Soriano Fauraa Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia 2015

6 Factores de riesgo

6.1 factores de riesgo de manera general

Dichos factores son los comportamientos y las condiciones que aumentan el riesgo de que se produzca maltrato infantil o los efectos negativos de los sucesos reales.

Algunos factores de riesgo habituales relacionados con el maltrato infantil son:

- Nacimiento prematuro, anomalías en el nacimiento, bajo peso al nacer, exposición a toxinas en el útero
- Temperamento: dificultad o lentitud para responder
- Discapacidad física/cognitiva/emocional, enfermedad grave o crónica
- Trauma en la infancia
- Comportamiento antisocial hacia sus iguales
- Edad
- Agresividad infantil, problemas de conducta, déficit de atención⁵²

6.1.1 Relacionados con los cuidadores

- Factores de personalidad (control de impulsos, depresión/ansiedad, etc.)
- Historia de maltrato infantil
- Alta conflictividad parental, violencia doméstica
- Psicopatología parental
- Abuso de sustancias
- Separación o divorcio, especialmente divorcio gravemente conflictivo
- Edad
- Alto nivel de estrés general
- Conocimiento y expectativas erróneos sobre el desarrollo infantil.⁵³

⁵²C. L. Pérez Cabrera. G. Peña Cruz. L. Cabrera Reyes. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. Volumen 17. Agosto 2017. Scielo

⁵³IDEM

6.1.2 Relacionados con la familia y la comunidad

- Estructura familiar
- Familia monoparental con falta de apoyo, gran número de menores de edad en el hogar
- Aislamiento social, falta de apoyo
- Roles de género y funciones en las relaciones íntimas, incluido el matrimonio, que involucran falta de respeto hacia una o más personas en el hogar
- Falta de una red de apoyo para ayudar en situaciones estresantes o difíciles, ruptura del apoyo en la crianza de los hijos por parte de la familia extensa
- Discriminación contra la familia por su origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o el estilo de vida
- Participación en actividades delictivas o violentas en la comunidad.⁵⁴



⁵⁴C. L. Pérez Cabrera. G. Peña Cruz. L. Cabrera Reyes. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. Volumen 17. Agosto 2017. Scielo

6.1.3 Factores de riesgo: reales, atribuibles y potenciales de maltrato infantil.

| Tipo de maltrato | Físico |
|--------------------------------|---|
| Factores de riesgo reales | Talla baja, desnutrición, múltiples traumas, fracturas óseas recurrentes, hematomas, quemaduras con cigarrillo, mordeduras humanas. |
| Factores de riesgo atribuibles | Nacimiento prematuro, anomalías en el nacimiento, bajo peso al nacer, discapacidad física o cognitiva, déficit de atención, hiperactividad, historia de maltrato infantil, alta conflictividad parenteral, violencia domestica, psicopatología parenteral, trauma en la infancia de los padres, agresividad infantil. |
| Factores de riesgo potenciales | Traumatismo craneoencefálico, tendencia psicópata, trastorno de la personalidad, muerte |

| Tipo de maltrato | Psicológico |
|--------------------------------|---|
| Factores de riesgo reales | Bajo rendimiento escolar, depresión, ansiedad, baja autoestima, uso de lenguaje inapropiado, discapacidad física o intelectual, padres psicópatas, hijo no deseado. |
| Factores de riesgo atribuibles | Constitución familiar, tamaño de la familia(mayor número de hijos), familias mono parentales, valores y costumbres familiares |
| Factores de riesgo potenciales | Psicopatología, trastorno d la personalidad, tendencia suicida, autoflagelación . |

| Tipo de maltrato | Sexual |
|--------------------------------|--|
| Factores de riesgo reales | Infecciones de transmisión sexual, infecciones de vías urinarias recurrentes, dolor de genitales, hematomas, flujo vaginal (niñas). |
| Factores de riesgo atribuibles | Vivir con familiares que no son los padres, vivir en situación de calle, abuso de sustancias, psicopatología parenteral, experiencias traumáticas en la infancia de los padres, vulnerabilidad emocional, edad del menor, discapacidad física o intelectual. |
| Factores de riesgo potenciales | Tendencia psicópata, trastorno de la personalidad, repetición de patrones a largo plazo, baja autoestima, tendencia suicida. |

6.1.4 Modelo ecológico de maltrato infantil por J. Belsky

Dicho modelo es formulado por J. Belsky en 1980 quien utilizando la terminología de Brofenbrenner, los factores causales del maltrato infantil los agrupa en cuatro niveles:

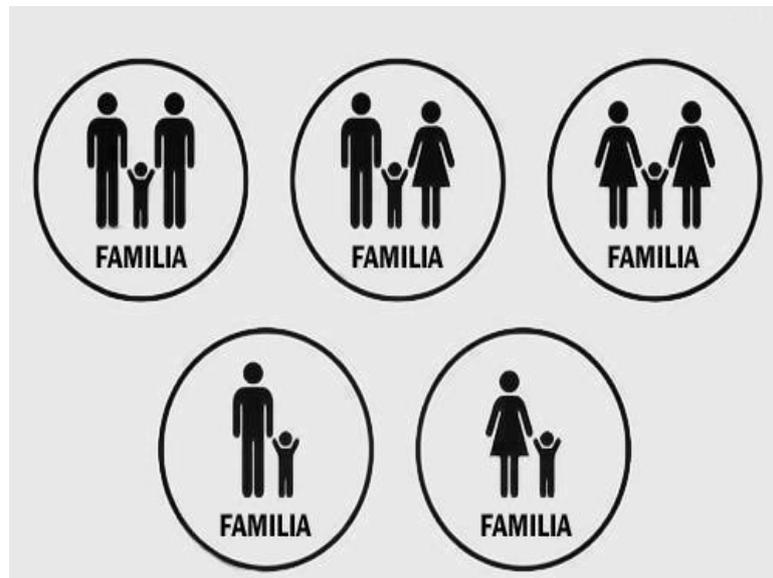
Desarrollo ontogénico: recoge aquellos aspectos relacionados con la historia personal y las características psicológicas del agresor.⁵⁵

⁵⁵M. Frías Armenta. A. Eréndida López-Escobar. S. G. Díaz-Méndez. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Estudio psicológico. Volumen 8. 2003

Microsistema familiar: patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Concretamente en el microsistema familiar se encontrarían aquellas variables que implican determinados comportamientos de los miembros de la familia nuclear y de las relaciones que existen entre ellos.

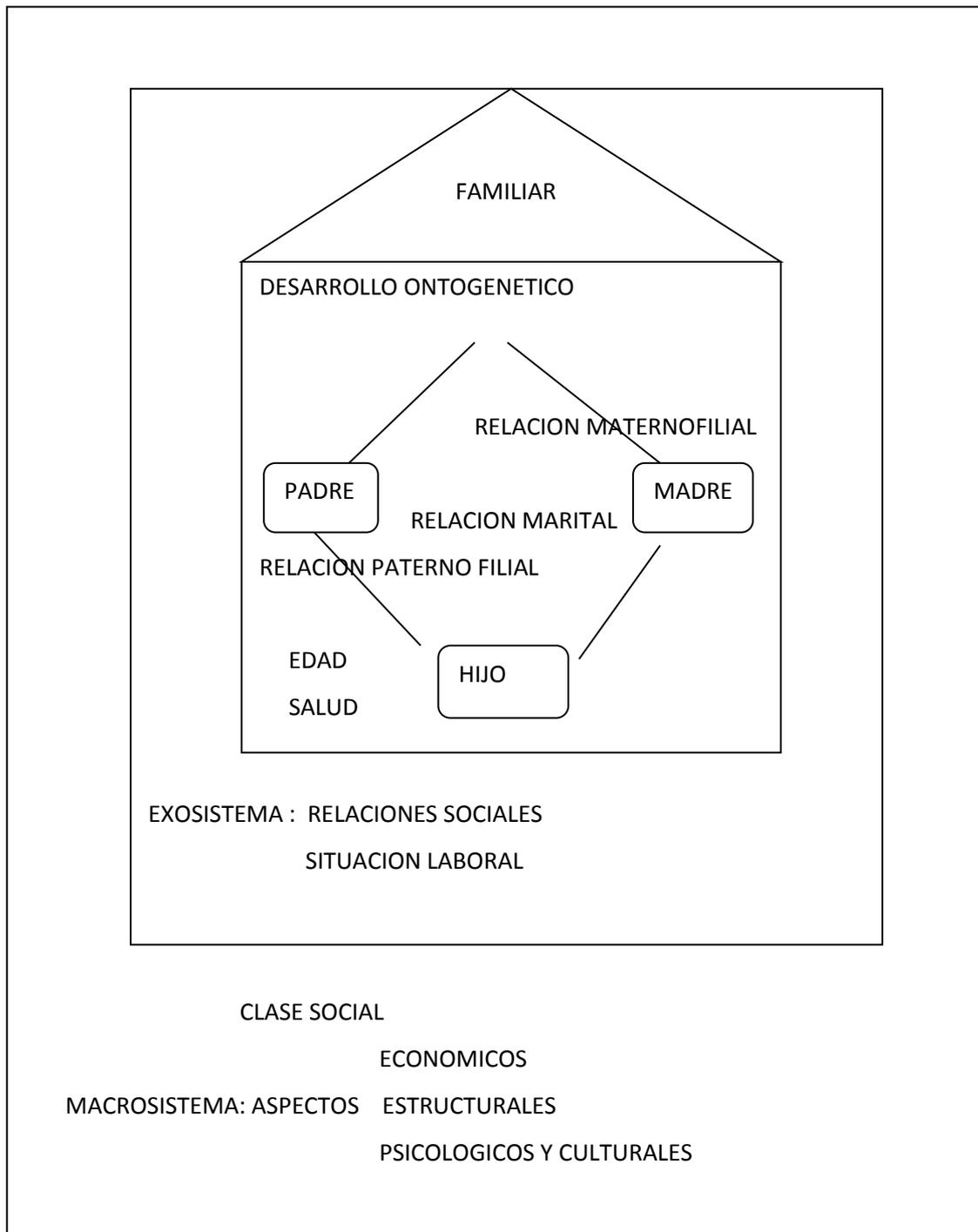
Exosistema: se refiere a uno o más entornos que no influyen a la persona en desarrollo como participante activos pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno.

Macro sistema: son el conjunto de variables que no son controlables por el individuo pero que le afectan en su propia vida.⁵⁶



⁵⁶M. Frías Armenta. A. Eréndida López-Escobar. S. G. Díaz-Méndez. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. Estudio psicológico. Volumen 8. 2003

Modelo ecológico representado por sistemas.



7 Signos y síntomas.

7.1 Maltrato físico signos y síntomas

Las manifestaciones clínicas que tendrán los niños víctimas de algún tipo de maltrato se pueden clasificar en 2 grupos: “visibles” e “invisibles”.

Expresiones clínicas visibles:

Las expresiones visibles del maltrato infantil pueden estar presentes en casi cualquier modalidad de éste síndrome. Habitualmente corresponden a lesiones que afectan la piel o las mucosas, tales como: equimosis, rasguños, quemaduras, huellas de agresión en la piel con un objeto contundente como alambre, cordón, cinturón o un objeto punzocortante y mordeduras humanas. Estas lesiones suelen estar localizadas principalmente en el cráneo, cara, extremidades o en la mucosa génitoanal. El mecanismo habitual es un traumatismo provocado por el puño, un objeto o el azote directo.⁵⁷

En la mayoría de los casos, además de la expresión visible en la piel y en las mucosas, puede existir una lesión ósea en cráneo, costillas, vértebras o miembros superiores e inferiores. Por supuesto, también se puede ocasionar alguna lesión en los órganos de la cavidad craneal, la cavidad torácica. En los casos de lesión ósea, la expresión habitual es la presencia de fracturas de grado y gravedad variable. De esta manera, la radiografía se convierte en la “voz del niño maltratado”.⁵⁸

⁵⁷Maltrato infantil Características Clínicas Usuales. Revista científica UNAM. Enero 2014

⁵⁸IDEM

Las lesiones de huesos largos como el fémur, habitualmente son consecuencia de un traumatismo directo sobre la extremidad, y entre más pequeño es el niño, más probable es que haya sido secundario a una agresión intencional. La lesión de ciertos huesos como las apófisis espinosas, costillas o las clavículas, pueden ser el resultado de una patada, compresión extrema de la caja torácica o por un golpe directo contra una superficie dura como la pared o el suelo.⁵⁹

Expresiones clínicas invisibles:

La segunda expresión de maltrato infantil son las alteraciones invisibles, y para ejemplificar dichas manifestaciones consideraremos 4 condiciones patológicas:

a) Desnutrición grave.

Ante el caso de un menor con un cuadro grave de desnutrición, el médico debe investigar la etiología del proceso. Será muy cuidadoso y descartará organicidad que la explique, deberá estar muy atento para no considerar siempre que la pobreza o la ignorancia de la familia lo explican, sobre todo si es el único miembro de la familia que la sufre

b) Talla baja.

El niño con talla baja debe ser estudiado por el médico bajo un algoritmo diagnóstico que permita excluir cualquier patología orgánica antes de establecer el diagnóstico de maltrato infantil. Esta manifestación clínica puede ser la consecuencia de abuso físico, psicológico o emocional.⁶⁰

⁵⁹Maltrato infantil Características Clínicas Usuales. Revista científica UNAM. Enero 2014

⁶⁰IDEM

c) Sobre peso u obesidad infantil.

En la actualidad, los pediatras y los médicos generales se encuentran en la necesidad de atender menores con sobrepeso u obesidad. Aunque en la mayoría de los casos se puede explicar por un inadecuado manejo alimentario y una vida sedentaria, cada vez es más conocido el hecho de que jóvenes obesos padecen depresión porque han sido víctimas de abuso sexual.⁶¹

d) Alteraciones emocionales.

Se deben considerar las manifestaciones cognitivas de los menores, de igual forma los problemas del sueño, del apetito, del control de esfínteres y del rendimiento escolar, principalmente. Su aparición es súbita, de difícil control y resolución, lo que obliga al médico a precisar su etiología y no considerar que sean procesos propios de la edad. Es probable que dichas alteraciones sean consecuencia de violencia familiar, cambio de escuela, bullying o abuso sexual, entre otros.⁶²



⁶¹Loredo Abdala A. Casas Muñoz A. Monroy Llaguno D A. Maltrato infantil Características Clínicas Usuales. Revista científica UNAM. Enero 2014

⁶²IDEM

7.1.1 Lesión

Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por algún agente externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad.⁶³

7.1.2 Tipos de lesiones

El tipo de lesiones que presenta el niño maltratado son significativas y se encuentran en partes específicas de su cuerpo. Las lesiones más frecuentes a nivel general en piel y mucosas son los hematomas; seguidos por desgarros y arañazos. Las áreas que se encuentran afectadas con mayor frecuencia son las tradicionalmente consideradas como zona de castigo por ejemplo nalgas, cara y extremos proximales de miembros.

Mordeduras: Dejan una lesión de forma oval y algunas veces presentan un área central de equimosis.

Heridas por arma blanca o de fuego: Son aquellas causadas por la utilización de cualquier elemento punzante presente en el ámbito doméstico.

Quemaduras: Son lesiones más visibles en piel y mucosas y constituyen un 16% de las lesiones causadas por maltrato, provocando una elevada mortalidad y morbilidad.

Escaldadura: Es la quemadura provocada por contacto con un líquido caliente y la quemadura seca, la cual puede ser provocada por un elemento sólido como tenedor, cuchara, plancha o cigarrillo.⁶⁴

⁶³Miralles R. Ortopedia Infantil. Cirugía ortopédica y traumatología en zonas de menor desarrollo. URV 2010.

⁶⁴IDEM

Escaldadura por inmersión: Se trata de la exposición directa con agua caliente de alguna parte del cuerpo del niño, en este caso las lesiones tienen bordes nítidos y son simétricas de profundidad uniforme afectan zonas tradicionales de castigo.

Hematomas: Pueden ser producto de golpes o de lanzamiento del niño contra objetos duros, lo cual puede llegar a producir, además de hematomas y equimosis, fracturas Oseas.

Lesiones por arrancamiento: Estas pueden conllevar articulaciones dentarias, arrancamiento del ala nasal o tabique, cabello uñas o pabellón auricular.

Traumatismos abdominales: Puede producir contusiones intraabdominales, obstrucciones gastrointestinales por hematoma intramural o pancreatitis entre otras. Constituyen la segunda causa de muerte en el niño.⁶⁵

Fracturas Oseas:

Las fracturas del cartílago de crecimiento (fisis) son una lesión exclusiva de los niños, con una gran frecuencia y potencial gravedad de sus secuelas. El cartílago de crecimiento y la epífisis se separan en bloque de la metáfisis.

La epifisiolisis proximal del húmero no es rara en los niños y se produce por mecanismo violentos de abducción y rotación. Se trata mediante reducción cerrada, y aplicación de yeso. La remodelación requiere de tres a seis años.⁶⁶

⁶⁵Miralles R. Ortopedia Infantil. Cirugía ortopédica y traumatología en zonas de menor desarrollo. URV 2010

⁶⁶IDEM

La fractura supracondílea de húmero se produce prácticamente siempre por un mecanismo de caída en extensión (fragmento distal hacia atrás), siendo las producidas por flexión.

Fractura epitroclea representa el 11% de las fracturas del codo en el niño y se trata de un desprendimiento epifisario, ya que esta apófisis tiene un núcleo de Osificación propio que se cierra a los 20 años.

La Epifisiolisis distal de radio es frecuente pero generalmente son de tipo I o II y por mecanismo de caída y flexión dorsal forzada.

Las fracturas proximales del fémur en el niño son poco frecuentes y se pueden dar entre los tres meses y los 14 años. Los mecanismos más habituales son las caídas desde una cierta altura y los accidentes de tráfico.⁶⁷



⁶⁷Miralles R. Ortopedia Infantil. Cirugía ortopédica y traumatología en zonas de menor desarrollo. URV 2010

7.2 signos y síntomas maltrato psicológico

La presencia de daño significativo ha de determinarse cuando se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- Daño emocional serio (por ejemplo, retraimiento extremo, agresión o ansiedad);
- Daño emocional serio manifestado en ansiedad severa, depresión, retraimiento, o agresión intensa hacia sí mismo o hacia otros;
- Daño en la capacidad intelectual o psicológica del niño manifestada en una limitación observable y sustancial en su capacidad para funcionar en el nivel normal de rendimiento y conducta esperable en su contexto cultural; y
- Diagnóstico de desviaciones en el desarrollo general, emocional o comportamental en grado suficiente como para resultar imprescindible una intervención para garantizar la seguridad y bienestar del niño.⁶⁸

Propuesta de Slep y Heyman (2006), que definen como impacto significativo a nivel psicológico:

- Miedo (verbalizado o mostrado) de sufrir daño físico, y al menos uno de los siguientes síntomas de miedo o ansiedad durante como mínimo 24 horas: rememoración persistente del incidente (se incluye la que se evidencia en el juego); reacciones marcadas negativas a estímulos relacionados con el suceso traumático, manifestadas en evitación de tales estímulos, malestar subjetivo o manifiesto hacia los mismos, o hiperactivación fisiológica ante ellos (nota: el perpetrador puede ser un estímulo); actuar o sentir como si el incidente fuera a repetirse.⁶⁹

⁶⁸ M^a Ignacia Arruabarrena. Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. Volumen 20. Madrid 2011. Scielo

⁶⁹IDEM

- Síntomas marcados de ansiedad como dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o explosiones de cólera, dificultad para concentrarse, hipervigilancia (reacciones excesivamente sensibles a estímulos sonoros y visuales del entorno, vigilancia del entorno a la espera de un peligro, cambios bruscos de humor); respuesta exagerada de miedo.
- Malestar psicológico significativo relacionado con el incidente: trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático, trastorno agudo de estrés u otros trastornos psiquiátricos.
- Síntomas somáticos de estrés (relacionados o exacerbados por el incidente) que interfieren de forma significativa el funcionamiento normal del niño (incluyen, pero no se limitan a dolores, migrañas, problemas gastrointestinales u otras enfermedades o malestares físicos relacionados con el estrés).
- Disrupción/evolución negativa significativa en el desarrollo físico, psicológico, cognitivo o social del niño.⁷⁰



⁷⁰ M^a Ignacia Arruabarrena. Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. Volumen 20. Madrid 2011. Scielo

Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato psicológico por: Garbarino, Guttman y Seeley

| FORMAS | DEFINICIÓN | MANIFESTACIONES |
|--------------------|--|--|
| RECHAZAR | Negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del niño. | Rechazar las iniciativas de apego del niño. Excluir activamente al niño de las actividades familiares. Realizar valoraciones negativas constantes. |
| AISLAR | Privar a niño de oportunidades para entablar relaciones sociales. | Negar la interacción con compañeros y adultos . Impedir relaciones sociales. |
| ATERRORIZAR | Amenazar al niño de forma siniestra, haciéndolo creer que el mundo es caprichoso y hostil. | Utilizar el miedo como disciplina. Amenazas a la sensación de seguridad del niño. Amenazas dramáticas, misteriosas o extremas. |
| IGNORAR | Privar al niño de la estimulación necesaria, limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual. | Falta de atención al niño. Friedad y falta de afecto. Faltas de protección ante sus demandas de ayuda. |
| CORROMPER | Favorecer conductas que impidan la normal integración del niño en la sociedad, reforzar pautas de conducta antisocial. | Alentar a cometer conductas delictivas. Exponer al niño a pornografía. Premiar conductas agresivas. |

7.3 signos y síntomas abuso sexual

La agresión suele ocurrir dentro de la casa de las víctimas o del abusador, por lo general sitios supuestamente seguros para los niños y donde la víctima no está prevenida, espacios que el abusador domina; es decir que con menor frecuencia se lleva a cabo en lugares oscuros, extraños, solitarios o abandonados. Lo anterior también responde al hecho de que la mayoría de los abusos sexuales son cometidos por personas cercanas al niño.

Indicadores psicológicos específicos:

- actitudes de sometimiento
- conductas agresivas que externalicen el conflicto
- comportamiento sobre adaptado;
- indicios de actividades sexuales
- juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexuales agresivas hacia terceros
- comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad
- permanencia prolongada en la escuela
- mala relación con los padres y dificultades para establecer amistades
- desconfianza, en especial hacia figuras significativas
- disminución brusca del rendimiento escolar
- falta de participación en actividades sociales y escolares
- dificultades para concentrarse en la escuela
- temor exacerbado a los hombres (cuando la víctima es niña y el ofensor, hombre)
- conducta seductora con adultos
- conductas regresivas
- retraimiento
- depresión
- ideación suicida
- trastornos del sueño⁷¹

⁷¹Baita S. Moreno P. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF primera edición Octubre 2015

7.3.1 Trastorno por estrés pos traumático

| Preescolar | Escolar | Adolescencia |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ansiedad • pesadillas • oscilaciones entre conducta retraída o muy impulsiva • temor • agresión • depresión • enuresis | <ul style="list-style-type: none"> • pesadillas • oscilaciones entre conducta retraída o muy impulsiva • temor • agresión • depresión • enuresis/encopresis • pesadillas • temores • quejas somáticas • hiperactividad • bajo rendimiento escolar • conductas regresivas | <ul style="list-style-type: none"> • Fugas del hogar • Consumo de sustancias • Abuso de alcohol • Ideas suicidas • Intentos de suicidio • Automutilación • Quejas somáticas • Conductas antisociales • Promiscuidad |

7.3.2 Indicadores físicos específicos.

- Embarazo
- Lesiones en zonas genital y/o anal que no puedan ser explicadas por otras causas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Contusión o sangrado anal o vaginal que no puedan ser explicados por otras causas
- Semen en la ropa o el cuerpo⁷²

⁷²Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF primera edición Octubre 2015

7.3.3 Enfermedades de transmisión sexual que pueden ser transmitidas de un adulto a un niño.

- *Neisseria gonorrea*. Si se contrae fuera del período neonatal inmediato puede ser atribuida a as (abuso sexual)
- *Chlamydia trachomatis*. Las infecciones luego del segundo año de vida y las infecciones sintomáticas es más probable que hayan sido adquiridas por as. *Trichomonas vaginalis*. Es probable que sea causada por as.
- Herpes simplex virus (hsv). La presencia del virus de herpes genital tipo no excluye la posibilidad de as, aunque este tipo de infecciones es menos probable que sean transmitidas por contacto sexual.
- Bacterial vaginosis. Si bien no es diagnóstica de as, estudios de niñas abusadas versus grupo control han mostrado que esta enfermedad es más común en las primeras.
- Virus de papiloma humano (vph). En todos los casos en que el virus se presente por fuera del período neonatal, se debería considerar el as como posible etiología. Sífilis. A menos que se pueda comprobar que el niño contrajo sífilis de forma congénita, esta enfermedad debe ser considerada como prueba de as.
- Virus de inmunodeficiencia humana (vih). A menos que el niño presente el virus por transfusión, amamantamiento por madre con el virus u otras causas probadas que no implican contacto sexual, debe considerarse que el contagio es producto de abuso sexual.⁷³

⁷³ Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF primera edición Octubre 2015

Otras conductas que requieren atención:

- Masturbación compulsiva, con objetos y/o con la mano, que puede llegar a dañar al niño/a y no se detiene fácilmente cuando se le llama la atención.
- Tocar los genitales de adultos de manera intempestiva, repetitiva, insistente.
- Imitar con otros niños, con muñecos o con mascotas los movimientos del acto sexual.
- Utilizar palabras que describen actos o conductas sexuales.
- Tratar de desvestir a otra persona niño o adulto por la fuerza.
- Hacer sonidos propios del acto sexual (por ejemplo, gemir).
- Intentar que otros realicen actos sexuales con él/ella.⁷⁴



⁷⁴Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF primera edición Octubre 2015

8. Diagnostico

8.1 Diagnostico de maltrato físico

Exploración física:

En el maltrato físico se observan lesiones cutáneas caracterizadas por contusiones, hematomas, escoriaciones, equimosis, heridas, quemaduras de cigarrillos, planchas u otros objetos; suelen aparecer de forma repetida y en diversos estados, lo que imposibilita ubicarlas en un evento único y fortuito, sino que apunta claramente a un hecho voluntario y repetido. Pueden aparecer lesiones viscerales que se corresponden con maltratos producidos por maniobras violentas severas; fuertes sacudidas de hombros y cuello, así como del tronco, empujones fuertes con proyección que provocan ruptura de órganos internos como el hígado, el riñón, o el bazo. Finalmente debemos referirnos a las lesiones craneoencefálicas que probablemente constituyen las lesiones de mayor gravedad y son la primera causa de lesión craneoencefálica grave, y la causa más frecuente de muerte en el niño maltratado.⁷⁵

Pruebas de imagen:

La placa de rayos X es obligada cuando hay sospecha de maltrato en niños menores de 6 años. Debe comprender todo el esqueleto. Son sospechosas en este caso las fracturas de fémur, vertebrales, de cráneo si fueran múltiples y de costillas, y siempre que son múltiples, en estadios evolutivos diferentes o que no encajan con el mecanismo de producción aducido. La tomografía para visualizar la presencia de hematoma subdural es obligada en niños con menos de 3 años. También la resonancia magnética nos puede ser útil para comprobar este dato en casos que tienen una evolución más larga.⁷⁶

⁷⁵G.Robaina. Suarez. El maltrato infantil. Revista Cubana de Medicina General integral. Febrero 2014

⁷⁶IDEM

8.2 Diagnóstico de maltrato psicológico

Estos son algunos indicadores de maltrato psicológico:

- Conductas de temor y retraimiento, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o técnico que presta la atención.
- Las explicaciones del adulto son generalmente vagas, minimizadoras y en abierta contradicción con los hallazgos.
- Falta de interacción y contacto, así como una excesiva dependencia a algunas de las conductas del adulto que caracterizan al maltrato emocional: descrédito, ridiculización, descalificación, amenazas, indiferencia, rechazo explícito o implícito.
- Hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización o bien, se pueden identificar niños tímidos, poco comunicativos y de apariencia descuidada.
- Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen sicosomático.
- Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones psicoafectivas.
- temerosos, tímidos, pasivos o comportamientos agresivos o negativitas.
- Ausencia de respuesta a estímulos emocionales.
- Retraso del lenguaje y fracaso escolar.
- Inmadurez socioemocional.
- Conductas auto lesivas.
- Problemas graves de control de esfínteres en niños mayores.⁷⁷

⁷⁷ M^a Ignacia Arruabarrena. Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. Volumen 20. Madrid 2011. Scielo

8.3 Diagnóstico de abuso sexual

En las/os niñas/os menores de 6 años presentan un patrón completamente diferente que en las personas adultas. Mientras tanto, en escolares mayores y adolescentes pueden presentarse situaciones intermedias. Este límite de los 6 años -algo arbitrario, pero de utilidad práctica-, establece la edad por debajo de la cual, según Gisbert Calabuig, "el coito es anatómicamente imposible" en las niñas.

Es muy raro encontrar signos específicos que permitan hacer diagnóstico de abuso sexual en una niña o un niño. Ello tiene que ver con las formas más frecuentemente adoptadas por el abuso: intradomiciliaria, perpetrado por alguien conocido, que se estimula sexualmente sin que exista una verdadera penetración del pene.⁷⁸

Embarazo

Es el más específico de los signos, pero es de presentación muy poco frecuente. La constatación de un embarazo de una niña por debajo de la edad que las leyes de su país establecen como la mínima para consentir el coito, es una forma de objetivar un abuso sexual

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son enfermedades capaces de transmitirse por contagio sexual. Sin embargo, muchas de ellas presentan otras formas de contagio, por lo que su especificidad como signo de abuso sexual es muy variable y no basta con el diagnóstico etiológico, sino que debe intentarse establecerse la forma de contagio en el caso en estudio.

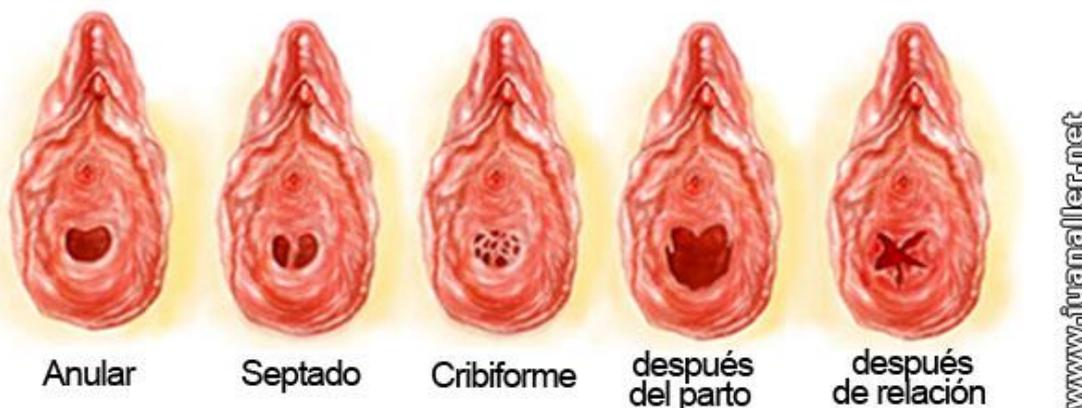
Cuando en las niñas pequeñas existe penetración vaginal se producen lesiones realmente graves, con grandes desgarros perineales o estallidos vaginales, que desencadenan cuadros agudos que requieren cirugías de emergencia, terapia intensiva y, frecuentemente, causan la muerte.⁷⁹

⁷⁸H. Rodríguez Almada. Evaluación médico legal del abuso sexual infantil. Volumen 16. Malaga 2010. Scielo

⁷⁹ IDEM

Signos en el himen: Los desgarros himeneales son una evidencia de penetración, por lo que son un signo relevante y de una alta especificidad. Una buena exploración casi siempre permite diferenciarlos de las escotaduras congénitas, frecuentemente presentes en el borde libre del himen como variante anatómica. A cualquier edad, la integridad de la membrana himeneal (salvo los casos de los hímenes complacientes) descarta el coito vaginal, pero no las otras formas de abuso sexual sin penetración (las más frecuentes en la infancia y las únicas anatómicamente posibles en niñas pequeñas). Sin éxito alguno se ha intentado establecer una relación entre el diámetro del orificio himeneal y la posibilidad de haber sufrido abuso. Por el contrario, lo cierto es que ese diámetro varía en una misma niña por diversos factores, como la posición, la relajación alcanzada, la fuerza de tracción sobre los labios mayores aplicada por el médico entre otras.⁸⁰

Hímenes



⁸⁰H. Rodríguez Almada. Evaluación médico legal del abuso sexual infantil. Volumen 16. Malaga 2010. Scielo

Otras lesiones genitales traumáticas: Otro tipo de lesiones genitales traumáticas relevantes son los desgarros y las contusiones vulvares (introito, horquilla, clítoris, labios menores, meato uretral) causadas por maniobras de frotamiento, tocamiento o intento de penetración. Pueden expresarse por sangrado activo, hemorragias o lesiones cicatrízales. Se debe extremar la cautela y el sentido común en la interpretación de estas lesiones, sin olvidar que los traumatismos de vulva en la infancia (a partir del primer año de vida) tienen casi siempre una etiología accidental.⁸¹

Lesiones genitales en niños varones: Es una eventualidad bastante rara. Se han descrito varias lesiones de pene y escroto (edema, equimosis, mordeduras, cicatrices) causadas por abuso sexual. También puede presentarse exudado uretral u otras manifestaciones clínicas o de laboratorio de una ITS.

Esfínter anal: La penetración anal aguda o crónica puede dar lugar a trastornos funcionales del esfínter anal. En los casos de penetración aguda suele acompañarse de lesiones traumáticas verificables a la inspección, tales como eritema, edema, equimosis o desgarro. Si el niño o la niña fue reiteradamente sodomizado puede encontrarse un engrosamiento de la piel perianal. Cabe insistir en que la penetración anal, aún si es crónica, puede no dejar signos objetivables, dependiendo de la modalidad en que se perpetra la agresión. La penetración ano-rectal podrá causar o no lesiones traumáticas en función de cómo se combinen las siguientes:⁸²

- Grado de la desproporción anatómica.
- Grado de brusquedad de la penetración.
- Existencia o no de maniobras previas de dilatación.
- Uso o no de lubricación.
- Pasividad o resistencia de la víctima.

⁸¹H. Rodríguez Almada. Evaluación médico legal del abuso sexual infantil. Volumen 16. Malaga 2010. Scielo

⁸²IDEM

8.4 Diagnostico diferencial

Es muy amplio pero es muy importante hacerlo sobre todo por las consecuencias e implicaciones sociales y legales que pueden derivarse de él. Es necesario establecerlo para cada uno de los hallazgos clínicos: lesiones en piel, fracturas e infecciones; lo cual lo hace muy extenso. Podría sospecharse de caídas accidentales, golpes causados en el juego, golpes o mordeduras causadas por otros niños. En el caso del menor en etapa preescolar es muy común que por el deseo de explorar su entorno se tropiece o caiga por consiguiente manifieste múltiples moretones en las piernas principalmente.⁸³

Antes de dar un diagnostico definitivo sobre maltrato infantil es importante estar seguros, haber realizado una entrevista minuciosa con el menor y con al menos un testigo de los hechos; de igual manera en base a la exploración física y signos maltrato que el niño presente. El conocimiento del nivel de desarrollo y habilidades del niño es fundamental para identificar si la historia proporcionada por la familia acompañante es correcta y coincide con la extensión de la lesión encontrada al examen físico, al resultado de los exámenes de laboratorio y el desarrollo del niño. El abuso físico debe sospecharse cuando la lesión encontrada no tiene una lógica explicación y es incompatible con el desarrollo del niño. La presencia de un retraso en la solicitud de la atención médica aumenta la sospecha de maltrato.⁸⁴

⁸³Dra. Gladys Fernández Couse y Dr. Jesús Perea Corral. Síndrome del maltrato infantil. Revista cubana de Pediatría. Volumen 76. Septiembre 2014

⁸⁴IDEM

8.5 Tratamiento.

El tratamiento de las lesiones va a depender lógicamente de su naturaleza. Algunas pueden requerir tratamiento quirúrgico (heridas, quemaduras, etc.), traumatológico (fracturas.) o médico. En ningún caso debemos olvidar la posibilidad de tratamiento psicológico urgente. En la mayoría de los casos debe acudir al tratamiento psicológico, claro después de poner la vida del menor a salvo. Se necesita de un adecuado tratamiento integral que debe ser iniciado rápidamente. Los niños con sospecha de abuso físico no deben ser dados de alta sin tener aseguradas condiciones de protección para evitar un segundo abuso. El niño en riesgo de abuso físico debe ser atendido en hogares de familiares apropiados y en su ausencia en hogares especializados.⁸⁵

El ingreso hospitalario estará indicado en los siguientes casos:

Aquellos que necesiten un tratamiento médico o quirúrgico de urgencia adecuado. Cuando no existe otra alternativa, pues no existe de inmediato un lugar adecuado para su custodia.⁸⁶

Los hermanos por sospecha deben ser examinados dentro de las 24 horas de haber identificado el abuso. Aproximadamente el 20 % pueden presentar signos de abuso y a los menores de 2 años debe realizársele un survey óseo. La asesoría, incluyendo ludo terapia, también es necesaria para los niños maltratados de más de dos años. El niño necesitará ayuda para enfrentar el miedo y el dolor del maltrato por parte de los adultos, quienes deben ser figuras confiables. El hecho de no recibir esta ayuda puede llevar a que se presenten problemas psicológicos significativos, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT).⁸⁷

⁸⁵Dra. Gladys Fernández Couse y Dr. Jesús Perea Corral. Síndrome del maltrato infantil. Revista cubana de Pediatría. Volumen 76. Septiembre 2014

⁸⁶IDEM

⁸⁷IDEM

9 Repercusiones psicológicas en el maltrato infantil

9.1 Repercusiones psicológicas en el abuso físico

La victimización de los niños tiene un impacto muy fuerte en su desarrollo, el abuso en la infancia está relacionado con psicopatía (Krischer & Sevecke, 2008) y con la conducta agresiva y violenta (Jaffee, Caspi, Moffitt, & Taylor, 2004). Un estudio llevado a cabo en México con 3603 estudiantes encontró que la hostilidad en la familia, la disciplina severa y negativa, poca comunicación de los niños con los padres, y poco soporte familiar estaban correlacionados con la conducta antisocial de los adolescentes (Quiroz del Valle, et al. 2007). En otro estudio llevado a cabo en Japón por Endo, Sugiyama y Someya (2006) sobre los problemas psiquiátricos que origina el abuso infantil encontraron que el maltrato ocasionaba más frecuentemente desórdenes disociales (59% de los niños abusados). Un total del 67% de los niños abusados cumplía con el criterio de déficit de atención e hiperactividad.⁸⁸

El maltrato infantil es más predominante en los delincuentes juveniles, además, estos jóvenes presentan alta prevalencia de enfermedades mentales, un estudio conducido en Australia con ofensores juveniles encontró que el 60% de ellos reportaron maltrato y negligencia (Moore, Gaskin, Indig, 2013). En Nueva Zelanda se encontró que los niños abusados y con disciplina severa padecían más ansiedad, depresión y estilo atributivo inadaptado (Rodríguez, 2003). El maltrato infantil impide que el cerebro se desarrolle apropiadamente y estas alteraciones en la maduración del cerebro tienen consecuencias en las habilidades cognitivas, académicas y de lenguaje a largo plazo (Tarullo, 2012). El abuso en la infancia es un factor de riesgo para desórdenes psiquiátricos como la depresión, la ansiedad y desorden de personalidad (Felitti & Anda, 2009).⁸⁹

⁸⁸ Frias Armenta M. repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. Sociedad Interamericana de Psicología. San Juan Puerto Rico volumen 49. 2015

⁸⁹IDEM

La violencia familiar que inicia en la edad temprana repercute fuertemente en el desarrollo cognitivo, afectivo, y social de las víctimas mostrándose en el bajo rendimiento escolar, los problemas de conducta, y las adicciones (Brook et al. 2003), además, tienden a mostrar más comportamiento riesgoso, como el consumo de alcohol y drogas, y conducta antisocial, cuando han sido maltratados durante la infancia (Frías & Gaxiola, 2008).⁹⁰



⁹⁰Frías Armenta M. repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. Sociedad Interamericana de Psicología. San Juan Puerto Rico volumen 49. 2015

9.2 Repercusiones psicológicas en el maltrato psicológico o emocional.

El abuso psicológico se asocia con trastornos del apego, problemas en el desarrollo y educacionales, problemas de socialización, comportamiento disruptivo y psicopatología posterior. Cuando el abuso ocurre en forma exclusiva (sin acompañarse de otro tipo de abuso) puede producir impacto más nocivo sobre el niño y posteriormente sobre el funcionamiento psicológico del adulto que las consecuencias del abuso físico, especialmente en lo que se refiere a autoestima, depresión, delincuencia agresividad y problemas interpersonales. Los factores que influyen sobre los efectos del maltrato psicológico, incluyen experiencias en la crianza temprana; frecuencia, intensidad y duración del abuso; factores intrínsecos del niño (tales como estrategias de afrontamiento y autoestima); y la disponibilidad de relaciones interpersonales de apoyo dicho abuso constituye un patrón crónico afecta destructivamente el sentido de identidad y seguridad personal, lo cual puede conducir a efectos negativos sobre las siguientes áreas.⁹¹

- Pensamientos sobre sí mismo:
- Sentimientos de baja autoestima, visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad, depresión, ideas suicidas.

Salud emocional: comportamiento suicida, inestabilidad emocional, personalidad limítrofe, problemas de control de impulsos, enojo, violencia física contra sí mismo, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias.

Habilidades sociales: comportamientos antisociales, problemas en el apego, baja competencia social, baja empatía y simpatía por otros, aislamiento, comportamiento oposicionista, desajuste sexual, dependencia, agresividad, delincuencia.⁹²

⁹¹Sauceda Garcia J.M, Maldonado Duran J.M. El abuso Psicológico al niño en la familia. Revista de la facultad de medicina México. CDMX volumen 59. 2016

⁹² IDEM

9.3 Repercusiones psicológicas abuso sexual.

Las respuestas de los niños a las situaciones traumáticas varían según el tipo de evento o eventos traumáticos que deben enfrentar, sus experiencias previas, quién sea el agente del trauma y la presencia o ausencia de soporte familiar. La edad de comienzo del trauma y la duración de la exposición a este son factores de primer orden en el desarrollo y la consolidación de las respuestas postraumáticas, así como en su gravedad y en el nivel de incidencia que tengan en el funcionamiento global del niño o la niña.

Los niños y niñas víctimas de abusos sexuales han perdido la seguridad real en sus vidas, y cuando el abuso ocurre dentro de sus casas pierden además la fuente original de la seguridad interna que todos los individuos pueden desarrollar. Se produce entonces una alteración importante en la percepción general de la seguridad y del peligro: pueden sentirse en peligro en situaciones inocuas, o bien exponerse a situaciones de riesgo sin un adecuado monitoreo y registro del peligro real o potencial.⁹³

El impacto psicológico y conductual se manifiesta en los siguientes síntomas:

- aumento del interés por cuestiones sexuales
- confusión acerca de la identidad sexual
- confusión acerca de la sexualidad normal
- confusión de sexo con amor
- asociaciones negativas en relación con la sexualidad
- aversión al contacto o la intimidad sexual
- preocupación sexual, ya sea por el cuerpo o por conductas sexuales, propios o de otros⁹⁴

⁹³Baita S. Moreno P. Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF. Octubre 2015.

⁹⁴IDEM

9.4 consecuencias en las diferentes áreas de desarrollo del niño

- Apego: la principal afectación del apego se da por el hecho de que, cuando se habla de as en el seno de la familia, el sistema de apego falla, tanto porque una figura de apego es la causante del daño del cual debería proteger como por el funcionamiento que pueda presentar la otra figura de apego (adulto no ofensor). Cuanto más deficitario sea el funcionamiento del adulto no ofensor, mayores serán las consecuencias postraumáticas para el niño o la niña. Dentro de los síntomas y conductas que demuestran tal afectación se encuentran: problemas con los límites, desconfianza, aislamiento social, problemas interpersonales, dificultades para sintonizar con las necesidades emocionales del otro.
- Biología: Las víctimas pueden presentar en esta área dificultades en el desarrollo sensorio motor, analgesia, problemas en el balance, coordinación y tono muscular, somatizaciones y mayor prevalencia de enfermedades. Esta sintomatología puede ser relevada durante la entrevista con el adulto no ofensor.⁹⁵



⁹⁵Baita S. Moreno P. Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF. Octubre 2015.

- Regulación emocional: Dificultad para identificar emociones, dificultad para registrar que las están sintiendo y para vincularlas a un registro somático (por ejemplo, si estoy nervioso me puede doler la panza); también presentan dificultades para registrar las sensaciones en el propio cuerpo.
- Control conductual: Pueden aparecer síntomas de pobre modulación de los impulsos, conductas autodestructivas, agresividad hacia otros, formas patológicas de autocalma (por ejemplo, cortarse brazos o piernas, arrancarse cabello, pellizcarse, arañarse), abuso de drogas, conducta oposicionista, dificultades para entender y cumplir las reglas, y reexperimentación del trauma a través de las conductas o juegos.
- Autoconcepto. En esta área puede haber dificultades relacionadas con pérdida del sentido de predictibilidad, distorsiones en la imagen corporal (que suelen manifestarse en los dibujos, en que el niño se representa, por ejemplo, más pequeño o más grande de lo que es, asexuado, con varios intentos frustrados de dibujarse a sí mismo o incluso negativa a hacerlo), baja autoestima, culpa y vergüenza.⁹⁶



⁹⁶Baita S. Moreno P. Abuso sexual infantil Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF. Octubre 2015.

10 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

10.1 Artículo 4 constitucional.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.⁹⁷

⁹⁷Artículo cuarto constitucional.

Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos. La autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.

Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.⁹⁸

⁹⁸Artículo cuarto constitucional.

10.2 Derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Ley general de los derechos de los niños y las niñas publicada el 4 de Diciembre de 2014 la cual los reconoce como titulares de derechos y en su artículo 13 de manera enunciativa y no limitativa señala los siguientes

- I. Derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo
- II. Derecho a la prioridad
- III. Derecho a la entidad
- IV. Derecho a vivir en familia
- V. Derecho a la igualdad sustantiva
- VI. Derecho a no ser discriminado
- VII. Derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral
- VIII. Derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal
- IX. Derecho a la protección de la salud y a la seguridad social
- X. Derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad
- XI. Derecho a la educación
- XII. Derecho al descanso y al esparcimiento
- XIII. Derecho a la libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia, religión y cultura
- XIV. Derecho a la libertad de expresión y de acceso a la información
- XV. Derecho de participación
- XVI. Derecho de asociación y reunión
- XVII. Derecho a la intimidad
- XVIII. Derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso
- XIX. Derecho de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, así como a los servicios de radio difusión y telecomunicaciones incluido al de banda ancha e internet.⁹⁹

⁹⁹Ley general de los derechos de los niños y las niñas publicada el 4 de Diciembre de 2014

10.3 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Introducción.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.¹⁰⁰

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios. La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.¹⁰¹

¹⁰⁰Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

¹⁰¹IDEM

10.4 Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad o la condición física), que se manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables: las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja, física, económica o cultural. El reto es coadyuvar a la prevención y disminución de la violencia familiar y promover estilos de vida saludables, por la frecuencia en que, según estimaciones sucede, y las consecuencias que genera, afectando la vida, la salud, la integridad y el desarrollo de las personas, las familias y las comunidades.¹⁰²

Para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas, y construir espacios donde el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneres, sean las bases de las relaciones interpersonales y sociales.¹⁰³

¹⁰². Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>

¹⁰³IDEM

10.5 Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social.

Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. La presente norma establece las condiciones mínimas que deben satisfacerse en la prestación de los servicios anteriormente mencionados, tomando en cuenta las características de los diversos modelos de atención.¹⁰⁴

Objetivo Esta norma tiene por objeto establecer las características y los requisitos mínimos que deben observarse en los Establecimientos o Espacios de los sectores público, social y privado que presten servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.¹⁰⁵

Campo de aplicación esta norma es de observancia para los establecimientos o espacios de los sectores público, social y privado cualquiera que sea su denominación y régimen jurídico, que presten servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

La prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad, se llevará a cabo en:

- Albergue permanente
- Albergue temporal
- Casa cuna
- Casa hogar
- Estancia Infantil
- Guardería
- Internado y cualquier otro establecimiento o espacio análogo¹⁰⁶

¹⁰⁴.Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

¹⁰⁵IDEM

¹⁰⁶IDEM

10.6 Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014. TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 20-06-2018

La presente Ley es de orden público, interés social y observancia general en el territorio nacional, y tiene por objeto:

I. Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

II. Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte;

III. Crear y regular la integración, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a efecto de que el Estado cumpla con su responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución integrales de los derechos de niñas, niños y adolescentes que hayan sido vulnerados;

IV. Establecer los principios rectores y criterios que orientarán la política nacional en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes, así como las facultades, competencias, concurrencia y bases de coordinación entre la Federación, las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México; y la actuación de los Poderes Legislativo y Judicial, y los organismos constitucionales autónomos.¹⁰⁷

¹⁰⁷Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescente.

10.7 Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

La presente ley tiene por objeto garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución.

Artículo 2. Para los efectos de esta ley, son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.

Artículo 3. La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad.

Son principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes:

- A. El del interés superior de la infancia.
- B. El de la no-discriminación por ninguna razón, ni circunstancia.
- C. El de igualdad sin distinción de raza, edad, sexo, religión, idioma o lengua, opinión política o de cualquier otra índole, origen étnico, nacional o social, posición económica, discapacidad, circunstancias de nacimiento o cualquiera otra condición suya o de sus ascendientes, tutores o representantes legales.
- D. El de vivir en familia, como espacio primordial de desarrollo.
- E. El de tener una vida libre de violencia.
- F. El de corresponsabilidad de los miembros de la familia, Estado y sociedad.
- G. El de la tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales.¹⁰⁸

¹⁰⁸Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes

10.8 Perfil del egresado de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

Objetivo

Formar Licenciadas(os) en Enfermería y Obstetricia, con conciencia nacional, fundamentos disciplinares teórico metodológicos y tecnológicos, sólidos y actualizados, capaces de analizar y tomar decisiones con sentido ético crítico.

Perfil de egreso:

1. Las ciencias sociales para analizar la dinámica de interacción entorno-persona-salud, que favorezca el desarrollo integral humano.
2. Investigación para describir fenómenos relacionados con el cuidado de la salud y de la vida, así como la evidencia científica que orienten la solución de los problemas de salud.
3. Los factores histórico-sociales determinantes de la práctica de enfermería y partería para reconocerse como ser histórico en su desempeño profesional.
4. Farmacocinética, farmacodinamia, farmacología clínica y fármaco vigilancia, así como de los productos biológicos.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia egresado de la UNAM se caracteriza por poseer una formación integral con los conocimientos, habilidades, actitudes y valores disciplinares necesarios para la promoción, prevención y cuidado de la salud con sentido humanístico.

La (el) egresada(o) de la LEO posee CONOCIMIENTOS de:

Las bases científicas para intervenir con calidad en el cuidado de la persona en el proceso salud-enfermedad.¹⁰⁹

¹⁰⁴eneo.unam.mx/Licenciatura-en-enfermeria-y-obstetricia.pdf

11. El cuidado en enfermería

11.1 El cuidado

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte. El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. Se diferencian de acuerdo con las funciones de la vida.¹¹⁰

- Care: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- Cure: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno (Colliere,1996).¹¹¹

¹¹⁰Baez Hernández F.J, Nava Navarro V, Ramos Señedo L, Medina López O. El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería. Agosto 2009

¹¹¹IDEM

11.2 Florence Nightingale

La teoría de F. Nightingale se centró en el medio ambiente, aunque esto no aparece así en sus escritos, la mención y defensa que hace de los factores naturales del medio la ubican en una tendencia ecologista y dentro de los modelos naturalistas. En la época que le tocó desarrollar su profesión a mediados del siglo XIX, no existían aún avances en la ciencia, sin embargo, ella fue capaz de observar los efectos beneficiosos de estos factores naturales sobre la salud del hombre si la enfermera era capaz de controlarlos adecuadamente.¹¹²



Tal vez no pudo llegar a la esencia del surgimiento de las enfermedades cuando estos factores ambientales no estaban controlados, pero pudo observar las manifestaciones que se producían, de ahí su aseveración de que estos factores externos aire, limpieza, luz, ventilación eran una de las principales fuentes de infección. Florence Nightingale usó el razonamiento inductivo para extraer leyes de salud y de enfermería de sus observaciones y experiencias, por ejemplo, advirtió que la enfermedad prosperaba en espacios limitados, oscuros y húmedos.¹¹³

¹¹²Escuela Nacional de Salud Pública "Dr. Carlos J. Finlay" .Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001

¹¹³IDEM

Entre los razonamientos que hizo estaba el de los beneficios de la luz solar directa. Debemos admitir en nuestros días, que la luz solar tiene efectos germicidas y entre otros, permite la fijación de vitaminas necesarias para evitar el raquitismo, claro está en exposiciones dosificadas. También planteó la necesidad de la limpieza extendida al paciente, a la enfermera y al medio, pues estaba convencida que de no tenerse en cuenta se proporcionaban las condiciones para las infecciones: insistió en la necesidad de que las enfermeras se lavaran las manos frecuentemente y mantuvieran muy limpios a los pacientes y al medio que los rodeaba; avizó que las paredes, los pisos y la ropa sucia contenían materias orgánicas a partir de las cuales se producían infecciones. Hoy sabemos con certeza que de no observarse estas medidas por ella promulgadas, se incurre en la posibilidad de que ocurran las infecciones cruzadas que tienen tanta importancia para los pacientes en el medio hospitalario e incluso familiar, dada la tendencia actual de la atención de algunos enfermos en el hogar incluyendo a los crónicos y a los adultos mayores.¹¹⁴

También dirigió su atención al ruido, sin conocer aún desde el punto de vista científico los efectos nocivos que tienen los decibeles por encima de los parámetros normales, en la producción de sordera y el estrés; entre los daños más conocidos, y expresó que la enfermera debía manipular "el ruido innecesario o el ruido que crea expectación en la mente, es lo que daña al paciente" [Enfermería moderna. Folleto de fuentes teóricas de desarrollo de la enfermería. 1996:4.]¹¹⁵

¹¹⁴Escuela Nacional de Salud Pública "Dr. Carlos J. Finlay" .Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001

¹¹⁵IDEM

11.3 Teoría del cuidado según Virginia Henderson

nacida en 1897, tiene en su haber una larga carrera autora e investigadora, entre sus múltiples publicaciones y participaciones en asociaciones y comités a los cuales no vamos a hacer referencias; llegó a definir la enfermería en términos funcionales, lo que apareció publicado en 1959: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o



a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Esta teórica hace un estudio cuidadoso de las necesidades básicas del paciente e identifica catorce de ellas que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, las cuales son:

- Respirar.
- Comer y beber.
- Eliminar residuos corporales.
- Movimiento.
- Descanso y sueño.
- Elegir las prendas de vestir y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal mediante la selección de las ropas y la modificación del entorno.
- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.¹¹⁶

¹¹⁶Escuela Nacional de Salud Pública "Dr. Carlos J. Finlay" .Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001

- Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- Trabajar en tal forma que sintamos satisfacción por ello.
- Participar en las actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

En este grupo se observa la inclusión no solo de las necesidades básicas para conservar la vida como ser biológico, sino que incursiona en la satisfacción de necesidades psíquicas, y de la vida social del hombre, a partir de la definición de estas necesidades la enfermera determina los cuidados que deben brindarse a las personas y a su entorno; esto a pesar de no constituir una teoría, fue indiscutiblemente un paso de avance para el desarrollo del pensamiento de las teóricas que le sucedieron.¹¹⁷



¹¹⁷Escuela Nacional de Salud Pública "Dr. Carlos J. Finlay" .Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001

11.4 Enfermería transcultural de Madeleine Leininger

A principios de la década de los años 60, Madeleine Leininger conceptualiza y funda la Enfermería transcultural, a la cual definió como el área de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencia de salud o enfermedad, valores o prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. Es en el año 1966 cuando Leininger crea el primer curso



de enfermería transcultural en una universidad americana. La transculturalidad se define como "aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos". La propuesta de Madeleine Leininger sobre la enfermería transcultural es "un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte."¹¹⁸

La enfermería actual, como todas las ciencias en general, incluidas las llamadas ciencias de la salud, está en un proceso continuo como disciplina, planteándose y replanteándose tanto sus marcos teóricos como metodológicos. No en vano, las ciencias cartesianas, los saberes modernos, llevan años en un proceso de revisión constante. En todo el universo teórico y práctico del profesional de enfermería existe una serie de creencias, prácticas y problemas todos ellos enlazados y relacionados con la salud siempre en constante visión y revisión.¹¹⁹

¹¹⁸ Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro trascultural. Index Enferm vol.19 no.2-3 Granada abr./sep. 2010

¹¹⁹IDEM

11.5 Margaret Jean Watson.

Nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es Licenciada en Enfermería con una Maestría de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, y posteriormente realiza un Doctorado en Psicología de la Educación y Consejería. Jean Watson sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los 10 factores asistenciales. Los tres



primeros son factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos hace mención a la formulación de un sistema de valores humanos altruistas; este factor puede definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor. ¹²⁰

El segundo propicia inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte conductas saludables. El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar. Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente. Las personas con adecuada conciencia emocional conocen sus valores, metas y se guían por ellos, han desarrollado la capacidad de comunicación y escucha ¹²¹

¹²⁰ Machín Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana Enfermería vol.31 no.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2015

¹²¹ IDEM

En el sexto factor, hace un llamado al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. Atributo íntimamente relacionado con la motivación por la superación constante; cualidad que cuando está presente se expresa en el deseo de estudiar y adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica diaria.¹²²

El octavo factor de la teoría, es que este personal debe reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas. Hacer una autovaloración realista, es un elemento imprescindible para un buen desarrollo de este indicador. Conocer nuestras fortalezas y debilidades, tener una visión clara de lo que se necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias se hace imprescindible para el desarrollo profesional. La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como noveno factor de la teoría de Jean Watson, es esencial a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, al proporcionar una visión del arte del cuidado, cual fenómeno revelado, organizado, entendido e interpretado.¹²³

Como decimo factor, Jean Watson convoca a el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.¹²⁴

¹²² Machín Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana Enfermería vol.31 no.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2015

¹²³ IDEM

¹²⁴ IDEM

12. Intervenciones de enfermería inmediatas al niño que presenta maltrato infantil en cualquiera de sus modalidades.

12.1 Apoyo en la protección contra abusos: niños

| ACTIVIDADES | FUNDAMENTACION CIENTIFICA |
|---|---|
| Identificar a las madres con un historial de cuidados prenatales tardíos o ningún cuidado prenatal | Por lo general las mujeres que durante su embarazo no contaron con un control prenatal por falta de interés demuestra el poco afecto que tienen hacia el bebe; en algunos casos podría deberse a escaso recursos económicos. |
| Identificar a padres a quienes haya sido retirada la custodia de otro niño o que hayan dejado a niños anteriores con parientes durante prolongados periodos de tiempo | Los padres que son capaces de abandonar a un hijo o maltratarlo muy frecuentemente seguirán el mismo patrón con los próximos hijos. |
| Identificar a los padres con un historial de abusos, depresión o alguna enfermedad psiquiátrica importante. | Las enfermedades mentales afectan a una gran parte de la población, muchas veces ni siquiera se tiene conocimiento de padecerla, las principales que encontramos en nuestro país son la depresión, la ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, bipolaridad; dichas enfermedades afectan la capacidad del ser humano para realizarse como padres de familia cuando no son tratadas. |
| Identificar a los padres que demuestran un aumento de necesidad de educación paterna por ejemplo: padres con problemas de aprendizaje, padres de un primer niño o padres adolescentes | La edad ideal para ser madre es entre los 25 y 35 años de edad que el cuerpo y la mente alcanzan su madurez, de igual forma para convertirse en padre se necesita de una madurez emocional, física y emocional apta para poder desenvolver este papel con la importancia que se merece. |

| | |
|---|---|
| Identificar a padres con historial de violencia domestica o madre con historial de numerosas lesiones | Dentro de un núcleo familiar violento se desarrollan una serie de abusos contra los menores que se encuentran inmersos en esa situación. En la mayoría de los casos si el padre golpea a la madre muy frecuentemente el padre golpeará a los hijos de igual forma la madre pudiera desquitar su coraje en contra del menor. |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Identificar a padres con un historial de infancia infeliz asociada abuso, rechazos, exceso de criticase sentimientos de inutilidad o falta de amor | Los padres que sufrieron abusos de niños buscaran inconscientemente repetir el mismo patrón de conducta de quienes los criaron, así como se verán reflejados en el menor a quien trataran de la misma forma que fueron tratados y rechazados. |
|--|---|

| | |
|---|--|
| Identificar situaciones de crisis que pueden generar abusos | Como algún tipo de crisis podríamos identificar la económica, la falta de recursos para la vida diaria puede poner en peligro la integridad del menor dentro de un núcleo familiar. Ya que puede ser explotado de diferentes maneras para obtener algún beneficio monetario. |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Determinar si la familia dispone de una red de apoyo intacta que ayude con los problemas familiares, con la falta de cuidados al niño y los cuidados del niño en crisis | Proporcionar a la familia una red de apoyo contribuirá a la rehabilitación del menor, ya que el cuidador principal puede acudir para ser orientado sobre los cuidados del mismo. |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Estudiar las explicaciones de la persona que se encarga del niño sobre las lesiones que sean improbables o inconsistentes y sobre las que alegan auto lesión, se culpa a otro niño, o se tarda en buscar tratamiento. | Tener un criterio propio y valores morales nos ayudaran a darnos cuenta si la explicación del cuidador es coherentes y se pueden corroborar con n la explicación del menor. Esto permitirá conocer si la persona realmente ejerce fuerza excesiva. |
|---|--|

Determinar si el niño muestra señales de abuso físico incluyendo numerosas lesiones en distintas etapas de curación; hematomas y señales de azote sin explicación, comportamientos sin explicación, inmersión y quemaduras por fricción, fracturas faciales, espirales, de caña o múltiples; laceraciones y abrasiones faciales sin explicación; marcas de mordedura humana, hemorragia intracraneal, subdural, interventricular e intraocular, síndrome del niño sacudido por latigazos y enfermedades que sean resistentes al tratamiento y tengan signos y síntomas cambiante

Algunas lesiones pueden ocasionarse por actividades de la vida diaria del niño. Golpes en la escuela o caídas son las usuales; sin embargo cuando existen golpes que no tienen una explicación lógica puede sospecharse de maltrato físico,

El tipo de lesiones nos ayudaran determinar un diagnostico de abuso más certero, esto se corroborar con la declaración del niño o de algún testigo ocular de los hechos.

Determinar si el niño muestra signos de abandono, incluyendo esquema de crecimiento deficiente o inconsistentes, falta de crecimiento, deterioro de tejido subcutáneo, hambre, mala higiene, constante fatiga e indiferencia, zonas de calvicie en el cuero cabelludo u otras afecciones de la piel, apatía postura corporal sin flexibilidad y vestimenta inadecuada para el clima

El niño que sufre maltrato físico infantil mostrara una serie de signos en particular como muestra de abandono, ya que por lo general los padres no muestran interés alguno por su desarrollo físico o por su higiene personal.

Animar la admisión del niño para una mejor observación e investigación si es preciso.

Aunque el menor no presente lesiones que pongan en riesgo su vida es necesario que permanezca en observación para así poder contribuir a la investigación, brindando un informe detallado con exámenes de laboratorio que complementen la valoración así como una entrevista con el niño.

| | |
|---|--|
| Registrar las horas y duración de las visitas durante la hospitalización. | El llevar un control estricto de visitas al menor nos ayudara a tener información asertiva sobre si este recibe isitas por alguno de sus padres y podremos observar cual visita dura más y cuál es el comportamiento del niño ante la presencia de la persona. |
| Controlar las interacciones padres y niños y registrar las observaciones. | El menor se comportara de manera diferente si su agresor se encuentra presente. Podría mostrar cambios repentinos de humor, llanto incontrolable o nerviosismo evidente. |
| Determinar si los síntomas agudos del niño remiten cuando el niño es separado de su familia. | Si caundo el niño es separado de los cuidadores principales y muestra una notable mejoría, indicara que probablemente el agresor se encuentre dentro de su mismo nucleo familiar. |
| Determinar si los padres tienen expectativas irreales sobre el comportamiento del niño o si tienen un enfoque negativo sobre el mismo | Los padres que se expresan negativamente de sus hijos tienden a tener falsas expectativas sobre los mismos, esto los lleva a generar algún tipo de maltrato que podría desencadenar la violencia. |
| Observar al niño por si hubiera una obediencia extrema tal como si fuera sometido o pasivo a los procedimientos invasivos | Los niños que presentan temor excesivo hacia sus padres son quienes la mayoría de las veces son golpeados o amenazados. |
| Observar si se repiten las visitas a la clínica, urgencias o consulta con el médico por problemas menores. | Cuando el menor presente múltiples visitas al área de urgencias dejara abierta la posibilidad de que sufre maltrato físico. |

ACTIVIDADES

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Establecer un sistema para señalar los registros de los niños sospechosos de ser víctimas de abusos o abandono.

Es importante crear un documento de valor oficial en donde se registren las visitas de un niño al área de urgencias siempre y cuando se sospeche de maltrato infantil. Dichas acciones deberán ir encaminadas por el personal de enfermería quien realiza la valoración inicial.

Determinar el conocimiento de los padres de las necesidades de cuidados básicos del niño y proporcionar información acerca de los cuidados adecuados al niño.

Cuando se observe que los padres carecen de información de cómo cuidar al niño es necesario brindar información de cuidados básicos en casa que encaminen el bienestar del núcleo familiar.

Instruir a los padres sobre la solución de problemas, toma de decisiones y capacidad para ejercer de padres y cuidar al niño, o remitir a los padres a programas en los que enseñen estas capacidades.

Mantener una comunicación directa con los encargados de escuela para padres en centros de salud es de vital importancia para poder canalizar a las familias que se encuentren en riesgo de sufrir cualquier tipo de abuso.

Informar al médico de las observaciones que indiquen abusos o abandono

Siempre que se sospeche de abuso durante la valoración física debe avisarse al médico responsable para que esté enterado de la situación y se realice el reporte correspondiente.

Informar sobre las sospechas de abusos o abandono a las autoridades correspondientes

Cuando se sospeche de maltrato infantil hacia un menor es necesario dar aviso a las autoridades para poder proteger la integridad del niño.

Remitir a los padres a una organización para apoyo de grupos si procede

Los padres que expresan sus dudas e inquietudes sobre la educación de los niños tendrán mayor facilidad para resolver conflictos derivados de la educación de los mismos.

12.2 Valoración e interrogación directa

| ACTIVIDADES | FUNDAMENTACION CIENTIFICA |
|--|--|
| Presentarse con el niño. Ponerse a su altura preguntar su nombre y edad. | Al hacer contacto visual con el niño este se sentirá con mayor confianza de hablar. |
| Durante la entrevista ir observando lesiones que se encuentren a simple vista, hacer registro de ellas | Se debe procurar a simple vista detectar las mayores lesiones posibles, de esa manera el niño no se sentirá demasiado observado. |
| Explicarle que debemos colocarle la ropa de la institución para que su atención sea más fácil. | Al colocar la bata o pijama de la institución será mas fácil la valoración física, ya que en ese momento podemos percatarnos de mas lesiones existentes. |
| Comenzar la valoración céfalo caudal y toma de signos vitales | La valoración céfalo caudal consiste en comenzar por la cabeza y terminar con los pies, de esta forma la valoración llevara un orden para su registro. |
| Identificar las lesiones y tipo de lesiones | Conocer e tipo de lesiones que presenta el paciente ayudara a realizar las intervenciones independientes necesarias al momento de su ingreso. |
| Identificar las lesiones recientes y cicatrizadas o fracturas que sanaron por si solas. | Este tipo de datos nos arrojará como respuesta que el niño padece maltrato desde hace un tiempo largo. |
| Durante la valoración preguntarle sus gustos e intereses, animarlo a hablar pero sin presionar. | Si el niño nota que tenemos interés en sus gustos y sus necesidades le será más fácil crear empatía con nosotras para así poder abrirse y hablar. |

12.3 Inmovilización en caso de que exista alguna fractura

| ACTIVIDADES | FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA |
|--|---|
| Apoyar con soporte la parte afectada | El cuerpo se mantiene en posición anatómica natural, con ligera flexión de las articulaciones para evitar estiramiento muscular y una posible complicación. |
| Colocar una tablilla aérea si se considera oportuno | Las manipulaciones sistemáticas de los tejidos corporales con propósitos terapéuticos evitan la presencia de posibles complicaciones circulatorias y musculares. |
| Colocar un cabestrillo para el reposo de la parte corporal lesionada | Una posición correcta requiere mínimas fuerzas musculares para equilibrar el peso que producen las diferentes partes del cuerpo. |
| Acolchar la parte lesionada para evitar la fricción con otro dispositivo | La fricción y maceración prolongadas incrementan la posibilidad de lesión en piel y mucosas (herida por abrasión, infección entre otras) |
| Entablillar la pierna o el brazo lesionado en una posición extendida | La inmovilización prolongada o en posición incorrecta puede causar rigidez y limitación del grado de movilidad de una articulación. |
| Evitar mover la extremidad afectada | El movimiento innecesario de la extremidad afectada podría complicar la lesión y retrasar la recuperación. |
| Comprobar la circulación de la parte corporal afectada | La oclusión mecánica por dispositivos opresivos origina una disminución sanguínea que produce alteraciones en la coloración y temperatura de la piel, edema, dolor y hormigueo. |

Intervenciones de enfermería inmediatas abuso psicológico

12.4 Apoyo emocional

| ACTIVIDADES | FUNDAMENTACION CIENTIFICA |
|--|---|
| Comentar de manera respetuosa la experiencia emocional, siempre y cuando el este de acuerdo. | Esperar a que el niño decida hablar hará más fácil este proceso ya que primero deberá ganarse la confianza para animar al menor a expresarse. |
| Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. Utilizando un lenguaje sencillo para la edad. | Mostrar empatía y comprensión ante la situación hará que el menor se sienta comprendido. |
| Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. | Entre los 7 y 8 años de edad el niño comienza a descubrir nuevos sentimientos como el odio el coraje la ira y la frustración. Por lo tanto debemos ayudarlo a reconocerlos y enfrentarlos de manera positiva antes de que desencadenen un problema severo psicológico. |
| Animar al paciente a que exprese sentimientos negativos, sin insistir. | El hecho de expresar el enojo ayuda al paciente a desahogarse y sentirse mejor después de un suceso traumático en su vida. |
| Comentarle las consecuencias de profundizar en los sentimientos de culpa o vergüenza. | No permitir que el menor se sienta culpable por lo que le sucede poner siempre énfasis en que ningún niño debe ser maltratado y que lo que paso es ajeno a su existencia. |
| Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. | Darle espacio al niño para que exprese sus emociones, sentimientos, creencias proporcionara un estado de confianza en él hacia nosotros. |
| Proporcionar apoyo durante las etapas del duelo | El duelo es un proceso natural por el cual pasamos los seres humanos después de una perdida, esta puede ser de salud, de algún familiar, o de algún objeto valioso; en este caso puede ser que el menor pierda el núcleo familiar lo cual es su base de seguridad más importante. |

| | |
|---|--|
| Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. | Dejarle que fluyan sus sentimientos, permitirle que llore todo el tiempo que lo crea conveniente. Debemos recordar que el pequeño necesita desahogarse para de alguna manera sentirse mejor. |
| Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. | Habrán momentos en los que el niño pierda la tranquilidad al recordar lo que le sucedió. En ese momento debemos de estar muy pendientes ya que se volverá vulnerable ante situaciones de peligro que el mismo pueda crear. |
| No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este fatigado. | Entender si al pequeño no le interesan los juegos de destreza o habilidad mental. Ya que querer obligarlo generara más estrés. |

12.5 Disminución de la ansiedad

| ACTIVIDADES | FUNDAMENTACION CIENTIFICA |
|--|---|
| Utilizar un enfoque sereno que de seguridad | Un ambiente tranquilo, que no represente amenaza alguna para el niño le dará un poco de calma y serenidad. |
| Explicar todos los procedimientos, incluyendo posibles sensaciones que se han de experimentar durante algún procedimiento. | El conocer lo que se le realizara ayudara de alguna manera a reducir el estrés por miedo a lo desconocido. |
| Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. | Tal vez lo que para nosotros represente un evento sin importancia para el niño podría ser algo importante que le cause una angustia desmesurada. |
| Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo | El simple hecho de que el paciente se sienta acompañado ayudara a disminuir el miedo y la ansiedad. |
| Proporcionarle objetos que le simbolizen seguridad. | Si para el niño un juguete es impórtate o una prenda de vestir debemos permitir que la conserve ya que le brindara un ambiente un poco más seguro. |
| Fomentar la realización de de actividades no competitivas si el niño está de acuerdo. | Posiblemente un juego de mesa podría ayudar a mantener la mente del niño ocupada y así poder despejarse un momento y tener la oportunidad de relajarse. |

| | |
|--|--|
| Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista. | el tener agujas y jeringas para la misnitracion de medicamentos al alcance o a la vista del niño podría implicarle un episodio de estrés o miedo excesivo. |
| Escuchar con atención sus necesidades. | El sentirse escuchado y que alguien se interesa en sus sentimientos facilitara de algún modo su estancia hospitalaria y todo lo que conllevo el proceso. |
| Crear un ambiente que facilite la confianza | Un entorno de confianza en donde se le sea escuchado y atendido hara que el niño se sienta reconfortado y seguro. |
| Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. | Animarlo a que hable de sus sentimientos de lo que le asusta o le preocupa le ayudara a no acumular sentimientos negativos que a la larga podrían repercutir en su salud mental. |
| Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. | Identificar en qué situación el menor se pone más ansioso para así poder aislar o evitar el evento que lo cause o lo detone. |
| Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones | El juego ayuda al niño a al reducción de estrés y a la expresión inconsciente de sentimientos. |
| Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. | Es importante aprender a identificar en que momento el niño presenta estrés aunque él no diga; para así poder actuar oportunamente. |

**Intervenciones de enfermería inmediatas ante el abuso sexual infantil
(propuestas)**

12.6 Valoración del paciente

| ACTIVIDADES | FUNDAMENTACION CIENTIFICA |
|--|---|
| Tratar de ganarse la confianza del paciente, utilizando un lenguaje apropiado para su edad, mostrando interés por los mismos gustos, preguntando su nombre y como le gusta que le digan, preguntar el nombre de su personaje de ficción favorito o su comida favorita. | El mostrar interés en sus gustos ayudara poco a poco a ganarse la confianza del menor para que este se pueda expresar con mayor facilidad y así poder conocer que fue lo que sucedió. Tal vez por si solo dirá el nombre de su agresor. |
| Acercarse al paciente dependiendo la edad, ponerse a su altura, utilizar lenguaje comprensible, explicarle que se le realizara una exploración física. | Siempre el contacto visual con un niño le proporcionara un ambiente de confianza y seguridad |
| Ayudar al paciente si es necesario a colocarse la ropa de la institución hospitalaria para facilitar la valoración. | Solo si es muy necesario debemos cambiar la ropa del niño para colocar la de la institución. Si no es necesario dejar que permanezca así ya que el hecho de pedirle que se retire la ropa le generara una situación de estrés. |
| Respetar en todo momento su intimidad, no obligarlo a retirarse la ropa si aun no lo desea. | Darle su tiempo, permitirle que él lo haga solo, explicarle el porqué se debe cambiar es importante para disminuir la tensión y el estrés que esto le provoca. |
| Acompañar al paciente durante la exploración física, irle narrando y explicando lo que se le realiza, dando a conocer posibles sensaciones que experimentara durante dicha exploración. | El menor que ya fue violentado sexualmente estará más predispuesto a las posibles sensaciones que una valoración física representa. El hecho de explicarle lo que ocurre aminorara de cierta forma el estrés que pudiera experimentar durante dicha valoración. |
| No desechar la ropa del paciente | Debemos guardar toda prueba que se pueda recolectar durante la estancia hospitalaria del paciente; para así contribuir a la investigación que se iniciara |
| No dar duchas por ningún motivo antes de la toma de muestras y valoración. | El agua y el jabón eliminan el 90% de las bacterias del cuerpo por lo tanto eliminaran cualquier fluido que pueda aportar información sobre el posible abuso sexual. |

No dejar ir solo al paciente al baño.

Debemos recordar que el menor se encuentra en un estado de vulnerabilidad en el cual no se le debe dejar solo ya que dicho estado puede llevarle a someter acciones desesperadas.

No dejar solo al paciente con familiares.

Hasta que los informes médicos y por parte del ministerio público no arrojen una posible respuesta el menor no debe permanecer solo con familiares ya que no tenemos una certeza de que el abusador no se encuentre dentro del núcleo familiar.

Observar si el menor presenta estrés ante la presencia de algún familiar en especial.

Cuando un menor es abuso o violentado por otra persona será inevitable no presentar estrés ante la presencia del agresor.

13 Propuestas

13.1 Hoja de valoración maltrato infantil de enfermería

Fecha:

Nombre del paciente:

alergias:

Fecha de nacimiento:

Edad:

No. De expediente:

Peso:

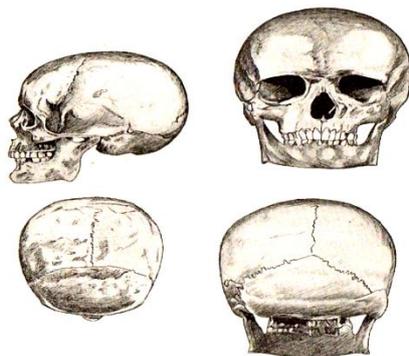
Talla:

imc:

Frecuencia respiratoria:

Presencia de lesiones en cráneo:

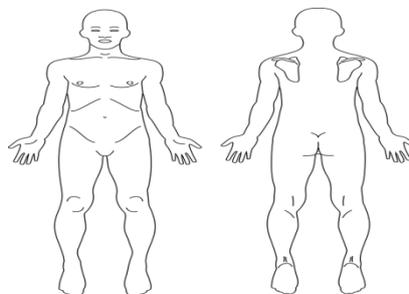
Especificar el sitio:



Frecuencia cardiaca:

Presencia de lesiones en tórax o espalda:

Especificar el sitio:



Temperatura:

Genitales de acuerdo a la edad:

Observaciones:

Presencia de lesión:

Observaciones:

Miembros torácicos sin compromiso:

Miembros pélvicos sin compromiso:

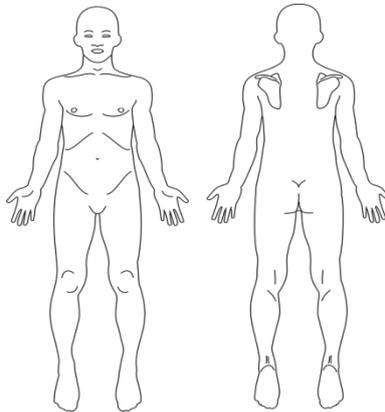
Alteración en la marcha:

Observaciones:

Llenado capilar:

Observaciones:

Presencia de lesión marque el sitio:



Entrevista directa o indirecta según proceda:

Asiste a la escuela:

grado:

Practica algún deporte:

Con quien vive:

Cuenta con tutor legal:

Número de visitas al hospital en los últimos 3 meses:

Ha sufrido algún accidente en los últimos tres meses:

Tiene alguna cicatriz visible con una antigüedad menor a 1 año:

Si sospecha de maltrato marque con una X.

| Signos de maltrato | Si | No |
|---|-----------|-----------|
| Presencia de lesión en cabeza lacerante, cortante o punzante | | |
| Marcas de cortaduras con objeto punzocortante en más del 30% de la superficie corporal. | | |
| Presenta alguna zona con equimosis | | |
| Presenta quemaduras de cigarro en alguna parte del cuerpo | | |
| Presencia de huellas dactilares visible que representen apretones o jaloneos | | |
| Luxación de algún miembro inferior o superior. | | |
| Heridas por algún tipo de arma | | |
| Presenta heridas distintas a las de una caída, por ejemplo marcas de patadas en abdomen, glúteos o espalda. | | |
| se encuentra retraído | | |
| no permite que lo toquen | | |
| manifiesta llanto inconsolable | | |
| En su vocabulario incluye palabras altisonantes | | |
| Se toca sus genitales constantemente o se masturba | | |
| Utiliza lenguaje explícito para hablar sobre sexo | | |
| Positivo a alguna enfermedad de transmisión sexual | | |

Diagnostico de enfermería:

Observaciones

Nombre y firma de la enfermera

13.2 Pláticas preventivas e informativas

Platicas sobre planificación familiar (métodos anticonceptivos)

Deberán ir encaminadas a la población en general, pero específicamente a adolescentes, población rural de bajos recursos, mujeres que tienen más de 3 hijos, mujeres y hombres inestables en el concubinato.

Dichas platicas ayudaran a evitar embarazos no deseados, la llegada de nuevos bebes a familias inestables o padres inmaduros incapaces de hacerse cargo de un hijo. El objetivo principal es disminuir el nacimiento de niños y niñas en un núcleo familiar poco estable.

Información sobre el programa ILE (interrupción legal del embarazo)

Dicha información tiene como objetivo informar a las mujeres sobre la práctica de este procedimiento, el cual deberá ser utilizado como última opción, ya que no es un método anticonceptivo y no debe ser una práctica cotidiana en la vida de una mujer. En cuanto a embarazo no deseado puede tomarse como una alternativa y la decisión debe ser tomada en plena conciencia y con orientación profesional. Esto evitara que el menor nazca con alta probabilidad de vivir maltrato en cualquiera de sus modalidades.

Escuela para padres y madres adolescentes

Cuando ya exista el menor en un núcleo familiar inestable lo que se deberá hacer es invitar a los padres a las platicas informativas, sobre una adecuada nutrición, importancia de la inmunización, educación que deberá ser otorgada al menor, la existencia de límites para la educación, fomento de valores en casa, corregir con amor y no con violencia, información sobre probables enfermedades que se viven en la infancia

Adicciones.

Realizar pláticas preventivas e informativas sobre las adicciones, a la población en general, realizar filtros para detectar parejas o madres en situación de calle que se encuentren vulnerables a sufrir cualquier tipo de adicción, dichas pláticas deberán enfocarse en la prevención y se deberá trabajar arduamente para crear conciencia, sin omitir al paciente que se encuentre sumergido en las drogas y que tenga a su cargo a un menor de edad, a estos pacientes se les deberá dar seguimiento para corroborar tratamiento y rehabilitación; pero sobre todo salvaguardar la integridad física y emocional del menor.

Denuncia anónima para maltrato infantil en cualquier tipo de abuso.

En la página de internet tramites CDMX se encuentra un apartado del sistema para el desarrollo integral de la familia del distrito federal (DIF) encaminado a la atención al maltrato infantil en la familia; cuenta con el siguiente número telefónico para aportar una denuncia anónima 56057552. También contamos con la dirección ejecutiva de la defensoría de los derechos de la infancia del DIF teléfono 56040127 extensión. 6000 con un horario de atención de lunes a viernes de 9 a 15 horas.

Maltrato infantil

Informar a la población en general sobre los diferentes tipos de maltrato, para que aprendan a identificarlo y así poder realizar la denuncia correspondiente o si bien lo prefiere puede realizarse de manera anónima. Dichas pláticas informativas deberán ayudar a madres y padres de familia a identificar si ellos están maltratando al menor tal vez de manera inconsciente o consiente; se les facilitaran propuestas sobre educación con valor y amor.

CONCLUSIÓN

Es importante tener en cuenta como sociedad que la educación y la crianza de los niños mexicanos están en nuestras manos. No debemos olvidar que ellos son el futuro del país quienes innovaran nuevas tecnologías; de igual manera serán nuestros futuros profesionistas y todo eso será logrado con base a la educación, al inculcar valores en ellos y sobre todo a educar con amor, paciencia y respeto a estos pequeños seres.

Nuestro papel como profesionistas de la salud consiste en educar a los padres tanto en la crianza del hijo como en los diferentes métodos anticonceptivos que existen si aun no se desea la paternidad.

Está claro que no es posible detener el maltrato infantil porque para lograrlo se tendría que obligar a cada padre y madre a recibir educación que tal vez nunca tuvieron. Se tendría que estar presente en cada núcleo familiar, en cada etapa del niño, siguiendo paso a paso su desarrollo, cambiar las costumbres de las personas mayores, cambiar la creencia de algunas personas de que con golpes se educa porque así los educaron sus padres, combatir las adicciones, etc.

El maltrato infantil en México es un tema del cual se desconoce mucho todavía. Se sabe que existe pero jamás ha sido prioridad; aquellos números de víctimas de maltrato se quedan en una estadística hospitalaria y la mayoría de las veces regresan a casa con sus agresores.

GLOSARIO DE TERMINOS

Actividades de enfermería: Son tratamientos efectuados por el personal de enfermería para la consecución de los resultados, incluidos en la clasificación de Intervenciones NIC

Apoplejía: Síndrome neurológico de aparición brusca que provoca suspensión de la actividad cerebral y un cierto grado de parálisis muscular, se debe a un trastorno vascular del cerebro, como una embolia o una trombosis.

Binocularidad: La visión binocular o visión estereoscópica es la capacidad que tiene el ser humano para integrar dos imágenes en una sola.

Bullying: Acoso físico o psicológico al que es sometido un menor por parte de sus compañeros en clase.

Esfínter: Musculo en forma de anillo que cierra y abre ciertos conductos naturales del cuerpo especialmente el de la uretra.

Etiología: Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de enfermedades.

Estereoscópica: se refieren a cualquier técnica de grabación de la información visual tridimensional o a la creación de la ilusión de profundidad en una imagen. La ilusión de profundidad en una fotografía, película, u otra imagen bidimensional son creados presentando una imagen ligeramente diferente a cada ojo.

Extrusión: es un proceso utilizado para crear objetos con sección transversal definida y fija.

Fenómeno: manifestación de una actividad que se produce en la naturaleza y se percibe a través de los sentidos

Fluctuación: Variación de intensidad, de medida o de cualidad.

Fricción: Rozamiento dentro dos cuerpos en contacto en donde uno de los cuales se encuentra inmóvil.

Hábito: práctica habitual en una persona

Ideación muda: proceso en la formación de las ideas. Sin expresión.

Identidad: circunstancia de ser una persona en concreto y no otra cosa, determinada por un conjunto de rasgos o características que la diferencian de otra.

Ideología: Disciplina filosófica que estudia las ideas sus caracteres y especialmente su origen.

Infanticidio: Delito que consistir en quitarle la vida a un menor de edad.

Infligir: Causar o producir un daño.

Intervenciones de enfermería: son las actividades que el personal de enfermería realizara como parte de la fase de planificación de la atención de enfermería.

Lingüística: Ciencia que estudia el lenguaje humano y las lenguas.

Maceración: lesión acompañada de piel blanca, blanda y en deterioro a su alrededor; ocurre cuando existe mucha humedad atrapada entre la herida y la venda.

Maltrato: Comportamiento violento que causa daño físico o moral.

Mono parental: familia que cuenta con uno solo de los padres.

Marmórea: Área de vasos sanguíneos comprimidos alternados con áreas de vasos dilatados que le dan a la piel una apariencia marmórea, roja y blanca

Morfología: Rama de la biología que estudia la forma y estructura de los seres vivos.

Mortalidad: cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Raquitismo: Enfermedad propia de la infancia producida por la falta de calcio y fosforoderivados de una mala alimentación, que se caracteriza por deformación de los huesos que se doblan con facilidad y debilidad del estado general.

Ritual: Serie de acciones realizadas principalmente por su valor simbólico, son acciones basadas en alguna creencia.

Sistema sensorial: Parte del sistema nervioso responsable de procesar la información sensorial. Los principales sistemas sensoriales son la vista, oído, tacto y olfato.

Superstición: Creencia que no tiene fundamento racional y que consiste en atribuir carácter mágico o sobre natural a determinados sucesos o en pensar determinados hechos proporciona buena o mala suerte.

Temperamento: carácter o manera de ser de una persona.

Violencia: Uso de fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo

BIBLIOGRAFIA

1. Adolescencia. Definición, vulnerabilidad y oportunidad. 2014 revista científica scielo disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002
2. Álvarez de Lara R.M maltrato infantil y violencia familiar. Instituto de investigaciones UNAM. No.8. Ciudad de México 2013. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017_Nal.pdf
3. Artículo 4 constitucional disponible en:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>
4. ARTICULO DE REVISIÓN. La teoría Déficit de auto cuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004
5. Baez Hernández F.J, Nava Navarro V, Ramos Señedo L, Medina López O. El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería. Agosto 2009
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
6. Baita S. Moreno P. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. UNICEF primera edición Octubre 2015
https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf
7. Estadísticas INEGI datos nacionales. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017_Nal.pdf
8. Escuela Nacional de Salud Pública "Dr. Carlos J. Finlay" .Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 2001

9. Frias Armenta M. repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. Sociedad Interamericana de Psicología.San Juan Puerto Rico volumen 49. 2015
- 10.Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm vol.19 no.2-3 Granada abr./sep. 2010
- 11.Hojas informativas sobre la protección de la infancia: la violencia contra los niños y niñas
https://www.unicef.org/spanish/protection/files/la_violencia_contra.pdf
- 12.Jiménez OrtegaA. I, Martínez GarcíaR.M, Velasco Rodríguez M. Ruiz HerreroJ. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición hospitalaria Madrid 2017.
- 13.Loredo Abdala A. Casas Muñoz A. Monroy Llaguno D A. Maltrato infantil Características Clínicas Usuales. Revista científica UNAM. Enero 2014
- 14.Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_ley_nacional.pdf
- 15.Maganto C. Cruz S. Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia. Facultad de psicología de San Sebastián
- 16.M. Bulecheck G. Howard K. Butcher. McCloskey Dochterman.J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Mosby. Quinta edición.
- 17.Miralles R. Ortopedia Infantil. Cirugía ortopédica y traumatología en zonas de menor desarrollo. URV 2010
- 18.Mojarro Iñiguez M. guía para el diagnostico presuntivo el maltrato infantil y juvenil. Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva. Ciudad de México 2006
- 19.NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- 20.NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
- 21.NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

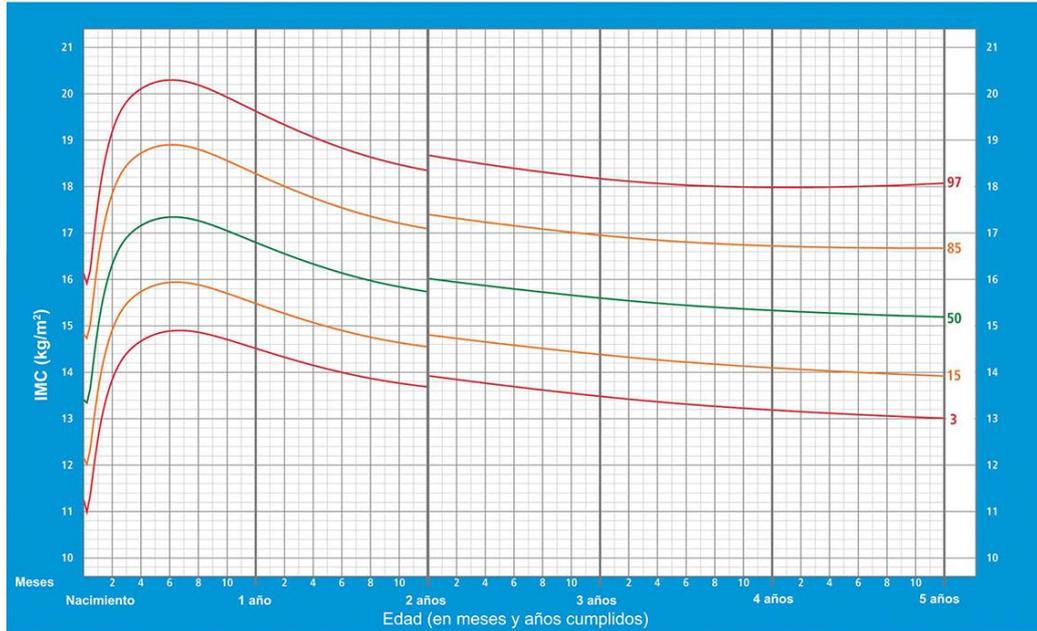
22. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014.
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_200618.pdf
23. Papalia. Feldman. Desarrollo Humano. Editorial Mcgraw Hill. Duodécima edición. Impreso en México.
24. Perfil del licenciado en enfermería y obstetricia ENEO
<http://www.eneo.unam.mx/licenciatura-en-enfermeria/files/Licenciatura-en-enfermeria-y-obstetricia.pdf>
25. Pou Fernández J. Maltrato infantil, actuación en urgencias. Hospital san Juan de Dios. Barcelona
26. Pshychosocial intervention volumen 20. No. 1 Madrid España. Abril 2011. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100004
27. Revista mexicana de Medicina y rehabilitación. 2002 volumen 14
28. Revista Mexicana de Pediatría. Exploración neurológica del Recién nacido. Volumen 71. Noviembre de 2004
29. Revista de Psicología Vol. 29 (2) 2011. (ISSN 0254 9247
30. Rodríguez Alamada H. evaluación médico legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización disponible en:
31. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062010001000011
32. Rom Ferri MT. Introducción a los cuidados de enfermería infantil, necesidades básicas. Club Universitario 2011
33. Saucedá García J.M, Maldonado Duran J.M. El abuso Psicológico al niño en la familia. Revista de la facultad de medicina México. CDMX volumen 59. 2016
34. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422016000500015
35. Sillas González D.E, Jordán Jinés L. Auto cuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarrollo científico enfermero Volumen 19 no. 2 Marzo 2011
36. Sitio web prevención del maltrato infantil:
http://files.sld.cu/prevemi/files/2013/07/factores_riesgo_protectores.pdf

37. Soriano Faura F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia 2015
38. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100009
39. Zorrilla M. Desarrollo neuropsíquico del lactante. Revista Chilena de pediatría. vol.85 no.1 Santiago feb. 2014

ANEXOS

IMC para la edad Niños

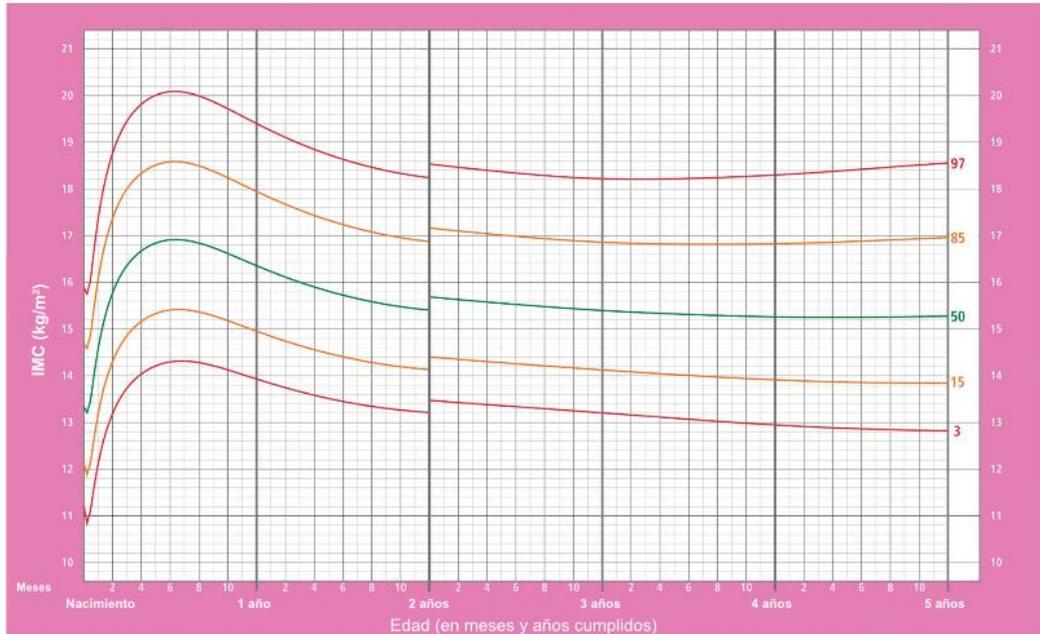
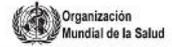
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

TIPOS DE LESIONES

HEMATOMAS



QUEMADURAS CON CIGARRO



MORDEDURA



ESCALDADURA



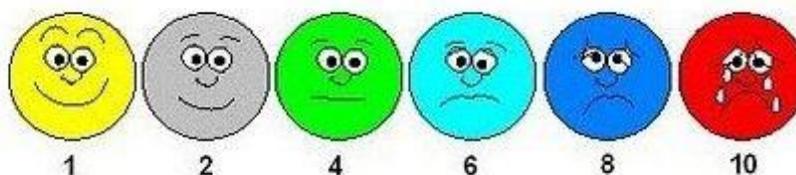
Fig. 2: Varón de 32 Años con 18% de SCQ, 2º grado, escaldadura. A y B al ingreso, C y D al alta tras 12 días de evolución. E resultado a los 3 meses.

Tipos de Fractura

Del más leve al más grave



Escalas de dolor



REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR O SEXUAL

(APENDICE INFORMATIVO 2)

Folio

Unidad Médica Institución

Nombre

Localidad Municipio Entidad

CLUES

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|---|--------------------------------------|--|
| USUARIO (A) AFECTADO (A) | 1. Nombre <input type="text"/> | 3. Edad <input type="text"/> años | 4. Sexo <input type="text"/> | 5. Está embarazada <input type="text"/> | 6. Discapacidad <input type="text"/> | 7. Derechohabilidad <input type="text"/> |
| | Apellido (Paterno Materno Nombres) <input type="text"/> | 1. Masculino <input type="text"/> | 1. sí <input type="text"/> | 2. no <input type="text"/> | 1. sí <input type="text"/> | 2. no <input type="text"/> |
| | 2. CURP <input type="text"/> | 2. Femenino <input type="text"/> | | | | |
| | 8. Domicilio <input type="text"/> | | | | | |
| | Calle <input type="text"/> | Número Exterior <input type="text"/> | Número Interior <input type="text"/> | Barrio o Colonia <input type="text"/> | | |
| | Localidad <input type="text"/> | Municipio <input type="text"/> | Entidad Federativa <input type="text"/> | | | |

1. IMSS
2. ISSSTE
3. SEGURO POPULAR
4. PEMEX
5. SEDENA
6. SECMAR
7. OTRO
8. NO

| | | | | |
|---------------------|---|---|--|---|
| EVENTO MÁS RECIENTE | 1. Fecha de ocurrencia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 3. Prevalencia <input type="text"/> | 5. Fue en día festivo <input type="text"/> | 6. Sitio de ocurrencia <input type="text"/> |
| | 2. Tipo de violencia <input type="text"/> | 1. Primera vez <input type="text"/> | 2. Subsecuente <input type="text"/> | 1. Hogar <input type="text"/> |
| | 1. Física <input type="text"/> | 2. Sexual <input type="text"/> | 3. Abandono <input type="text"/> | 2. Escuela <input type="text"/> |
| | 3. Psicológica <input type="text"/> | 4. Día de la semana en que ocurrió <input type="text"/> | 1. Lunes <input type="text"/> | 2. Martes <input type="text"/> |
| | 3. Miércoles <input type="text"/> | 4. Jueves <input type="text"/> | 5. Viernes <input type="text"/> | |
| | 6. Sábado <input type="text"/> | 7. Domingo <input type="text"/> | 6. Recreación y deporte <input type="text"/> | |
| | 7. Consecuencia Resultante <input type="text"/> | 8. Agente de la lesión <input type="text"/> | 7. Calle <input type="text"/> | |
| | 1. Contusión <input type="text"/> | 1. Fuego, flama, sustancia caliente <input type="text"/> | 8. Transporte público <input type="text"/> | |
| | 2. Luxación <input type="text"/> | 2. Sustancias sólidas, líquidas y gaseosas tóxicas <input type="text"/> | 9. Automóvil particular <input type="text"/> | |
| | 3. Fractura <input type="text"/> | 3. Objeto punzocortante <input type="text"/> | 8. Otro <input type="text"/> | |
| | 4. Herida <input type="text"/> | 4. Objeto contundente <input type="text"/> | 1. Cabeza o cuello <input type="text"/> | |
| | 5. Aflicción mecánica <input type="text"/> | 5. Golpe contra piso o pared <input type="text"/> | 2. Cara <input type="text"/> | |
| | 6. Quemadura <input type="text"/> | 6. Pie o mano <input type="text"/> | 3. Brazos y manos <input type="text"/> | |
| | 7. Cicatrices <input type="text"/> | 7. Arma de fuego <input type="text"/> | 4. Tórax <input type="text"/> | |
| | 8. Aborto <input type="text"/> | 8. Amenaza y violencia verbal <input type="text"/> | 5. Columna vertebral <input type="text"/> | |
| | 9. ITS <input type="text"/> | 9. Múltiple <input type="text"/> | 6. Abdomen y/o pelvis <input type="text"/> | |
| | 10. Embarazo <input type="text"/> | 10. Señora <input type="text"/> | 7. Espalda y/o glúteos <input type="text"/> | |
| | 11. Depresión <input type="text"/> | | 8. Piernas y/o pies <input type="text"/> | |
| | 12. Trastornos de ansiedad <input type="text"/> | | 9. Área genital <input type="text"/> | |
| | 13. Trastornos psiquiátricos <input type="text"/> | | 10. Múltiple <input type="text"/> | |
| | 14. Defunción <input type="text"/> | | | |
| | 15. Otra <input type="text"/> | | | |
| | 16. Otra <input type="text"/> | | | |

| | | | |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| PROBABLE ASESOR(A) | 1. Edad <input type="text"/> años | 2. Sexo <input type="text"/> | 3. Parentesco con la o el afectado <input type="text"/> |
| | 1. Masculino <input type="text"/> | 2. Femenino <input type="text"/> | 1. Padre <input type="text"/> |
| | | | 2. Madre <input type="text"/> |
| | | | 3. Padrastro <input type="text"/> |
| | | | 4. Madrastra <input type="text"/> |
| | | | 5. Cónyuge o pareja conviviente <input type="text"/> |
| | | | 6. Otro pariente <input type="text"/> |
| | | | 7. novio o pareja eventual <input type="text"/> |
| | | | 8. Sin parentesco - conocido <input type="text"/> |
| | | | 9. Sin parentesco - desconocido <input type="text"/> |

| | | | |
|----------|---|--|---|
| ATENCIÓN | 1. Fecha de ocurrencia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 3. Atenciones Otorgadas <input type="text"/> | 8. Destino después de la atención <input type="text"/> |
| | 2. Servicios de atención <input type="text"/> | 1. Tratamiento médico <input type="text"/> | 1. Domicilio <input type="text"/> |
| | 1. Consulta externa <input type="text"/> | 2. Tratamiento quirúrgico <input type="text"/> | 2. Consulta externa <input type="text"/> |
| | 2. Urgencias <input type="text"/> | 3. Tratamiento psicológico o psiquiátrico <input type="text"/> | 3. Hospitalización <input type="text"/> |
| | 3. Hospitalización <input type="text"/> | 4. Otro <input type="text"/> | 4. Traslado a otra unidad médica <input type="text"/> |
| | 4. Otros servicios <input type="text"/> | | 5. Grupos de autoayuda mutua <input type="text"/> |
| | | | 6. Refugio o albergue <input type="text"/> |
| | | | 7. Unidades de atención especializada en violencia familiar y sexual <input type="text"/> |
| | | | 8. DIF <input type="text"/> |
| | | | 9. Otro <input type="text"/> |

Notificación fecha

Notificante Nombre

Firma

FORMATO ESTADÍSTICO PARA USO EXCLUSIVO DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 NOTA: DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS DE LA PRESENTE NORMA, LA PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN A LA SALUD TIENE LA OBLIGATORIEDAD DE DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.