



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA SALUD MENTAL**



# **MALTRATO INFANTIL Y CONSUMO DE DROGAS**

## **AUTORES:**

Br. Gau, Verónica  
Br. Rodríguez, Rodolfo  
Br. Sitya, Diego  
Br. Vázquez, Mauro

## **TUTORES:**

Pof. Agda. Lic. Esp. Garay, Margarita  
Prof. Adj. Psic. Capezzuto, Beatriz

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

## **Índice**

Resumen del Proyecto.....	Pág. 1.
Planteamiento del Problema.....	Pág. 2.
Fundamentación.....	Pág.3-7.
Objetivos.....	Pág. 8.
Metodología .....	Pág. 9-13.
Marco Teórico.....	Pág. 14-24.
Resultados, Tablas y Graficas.....	Pág.25-33.
Análisis.....	Pág. 34-36.
Conclusiones.....	Pág. 37-38.
Agradecimientos.....	Pág. 39.
Bibliografía.....	Pág.40-41.
Anexos.....	Pág. 42.

## **Resumen del Proyecto**

El siguiente estudio recabó los datos obtenidos en el trabajo de investigación descriptivo transversal, realizado en el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional en la ciudad de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 1º y el 31 de Agosto del año 2009; es importante aclarar que la recolección de datos se realizó tres días por semana.

Para la investigación se plantea como objetivo general: Identificar la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) por parte del victimario y el Maltrato Infantil en niños de seis a doce años que ingresan al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, con diagnóstico de Maltrato en el periodo comprendido entre el 1º y el 31 de Agosto de 2009.

El trabajo se realizó con una muestra conformada por 14 casos y la fuente de obtención de datos fueron las Historias Clínicas.

Para corroborar la factibilidad del mismo en primera instancia se elaboró un instrumento para la recolección de datos, una vez confeccionado el mismo se realizó la prueba para validarlo, dicha prueba se realizó en el periodo comprendido entre el 27 y el 31 de Julio de 2009, para su posterior análisis. (Ver Anexo N° 1)

El presente trabajo será base de futuras investigaciones, ahondando en las necesidades, intereses y problemas que presenta la población objetivo.

Además debemos aclarar que por problemas internos del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, así como el brote epidémico de Gripe A H1 N1 nos fue restringida la entrada al mismo para la obtención de datos por lo que el número de casos pudo verse afectado.

## **Planteamiento del Problema**

**¿Que relación existe entre el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) por parte del victimario y el maltrato infantil en niños de seis a doce años con diagnóstico de maltrato que ingresan al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional en el período comprendido entre el 1º de Agosto al 31 de Agosto de 2009?**

## Fundamentación

La Organización Mundial para la Salud (OMS) destaca la relación que existe en el “Maltrato Infantil” y consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas); hallándose estrechos vínculos entre estos, sobre todo cuando el consumo es nocivo y/o peligroso. Varios estudios han confirmado que el alcohol contribuye en grado significativo a este tipo de violencia. El consumo nocivo de alcohol puede afectar las funciones físicas y cognitivas, reducir el auto control e incrementar las probabilidades de que un individuo actúe en forma violenta; el consumo de alcohol por parte de padres y cuidadores puede afectar su sentido de responsabilidad y reducir el tiempo y dinero disponible para el niño, en este caso puede que las necesidades básicas del niño queden desatendidas.

Por tanto, sufrir malos tratos en la infancia se asocia al consumo peligroso o nocivo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) en etapas posteriores de la vida, a menudo como mecanismo de afrontamiento o como automedicación.

Se han identificado una amplia gama de factores que incrementan el riesgo de que un niño sufra malos tratos en el caso concreto del alcohol. Se ha confirmado, que tener un progenitor con antecedentes de consumo nocivo y/o peligroso incrementa el riesgo de maltrato infantil, que se potencia si ambos padres lo padecen.

Los niños cuyos padres participan poco en su crianza o refieren ser objeto de maltrato o abuso sexual, tienen mayor probabilidad de verse involucrados en el consumo de alcohol regularmente, debido a presiones sociales. El consumo frecuente de alcohol en la adolescencia está ligado a problemas como ausentismo escolar, bajo rendimiento y conductas delictivas lo que incrementa aun mas los riesgos de maltrato físico por parte de los padres; los niños maltratados tienen mas probabilidad de consumir alcohol en la edad adulta y maltratar a sus propios hijos.

Según la Dra. Ripa, Psiquiatra del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional; coincidimos con la misma al manifestar que “un caso de maltrato infantil por día es mucho, sin tener en cuenta los casos que no son denunciados y por lo tanto no son conocidos esto nos lleva a

concluir que las cifras son aún mayores. Estadísticamente por cada uno que se encuentra se estima que hay 15 que quedan ocultos, hay niños que no son atendidos, hay episodios que no se detectan. A todo esto debe incluirse a los demás niños de la familia que también pueden ser víctimas o testigos de la violencia. Haciendo referencia al tema, el Presidente del Instituto Nacional del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU) Víctor Giorgi destaca que la sociedad uruguaya en su conjunto resuelve en un (80%) de manera violenta los problemas con sus hijos menores. Es por ello que justificamos este trabajo como un problema de la sociedad en su conjunto.”<sup>4</sup>

Por lo anteriormente nombrado es que para este trabajo hemos seleccionado el tema “Maltrato Infantil” debido a la relevancia y notoriedad que tiene en nuestra sociedad; evidenciado por un incremento en el número de denuncias que se han hecho públicas a través de los medios de comunicación, que generalmente resultan en lesiones y /o muerte del niño.

Cabe destacar, dentro del tema el aumento del consumo de sustancias psicoactivas; en este caso en particular alcohol y drogas (Pasta Base de Cocaína) por parte del victimario, como factor desencadenante de situaciones de maltrato.

En la búsqueda de la población objetivo con la que trabajamos, abordamos al niño en edad escolar (seis a doce años), debido a que investigaciones revelan que el mayor porcentaje de denuncias de casos de “Maltrato Infantil” provienen de centros educativos.

Como consecuencia de esta problemática social, el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional se vio desbordado en cuanto a la demanda de consultas por “Maltrato Infantil”, lo cual motivó a las autoridades del mismo a crear un grupo interdisciplinario que permitiera un abordaje adecuado de la situación anteriormente planteada.

La psiquiatra del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional hace mención a este problema; según la Dra. Ripa: “Un niño víctima de violencia puede llegar a tener grandes

---

<sup>4</sup> El INAU recibe cuatro denuncias sobre maltrato infantil por día”; Diario EL PAÍS; 2006 Abril 23; Sección B pag. 3.

trastornos en su personalidad. Pero si logra estructurar la misma con afecto, redes que lo contengan, lo estimulen y lo valoren puede salir adelante, debemos trabajar para generar esa oportunidad.”

A partir de 1986 funciona en el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional un comité interdisciplinario de Maltrato Infantil integrado por pediatras, radiólogo, legistas, psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales. Allí tratan en forma integral los casos y procuran ordenar la información. (Anexo N° 2)

Según las estadísticas aportadas por dicho comité, se dan más casos de Violencia Física que de Abuso Sexual. Pero desde el año 2004 se observa un aumento en el Abuso Sexual y una tendencia a equipararse con el Maltrato Físico. Según los datos del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, los varones son más golpeados que las niñas hasta los 5 años, también son los más abusados sexualmente; luego son las niñas.”<sup>2</sup>

“El abuso sexual creció a partir del año 2002; entre 1991 y 2001 las cifras en la emergencia habían bajado: 50 casos en 1991, 40 casos en 1996 y 35 casos en 2001, a partir del año 2002 comenzó a incrementarse en 50 casos; en 2003, 69 casos y en abril del año 2004 ya eran 41.

En el año 2007 fueron 1.415 y de ellas se consigue convalidar el 70%. La mayoría de los denunciantes son vecinos, familiares y los que menos consultan son niños y adolescentes.

El INAU asistió a más de 500 niños por maltrato.

Un análisis de 267 de estos casos muestra que el (17%) fueron derivados por Centros Educativos, (16%) por el Poder Judicial, el resto fueron remitidos por otros servicios de INAU (13%), una ONG (12%), captados de forma directa (7%), por Centros de Salud, (6%) o por un familiar o vecino un (5%).

Se asistieron una proporción similar de niños que de niñas, de ellos, el (48%) estaban en edad escolar y un (30%) adolescentes entre 13 y 18 años. Un (14%) tenían menos de 5 años.

---

<sup>2</sup> “El INAU recibe cuatro denuncias sobre maltrato infantil por día”, Diario EL PAÍS; 2008 Abril 23; Sección B pag.3

En la población atendida se identificaron (70%) de casos de Violencia Emocional, (36%) de Violencia Física, (28%) de Abuso Sexual y el (1%) de Explotación Sexual Comercial.<sup>3</sup>

“Generalmente las denuncias por Maltrato Infantil llegan al INAU desde el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, por lo que cuando se detecta un caso el equipo de Maltrato Infantil realiza la denuncia policial correspondiente, se informa al Juez de Familia para que determine que acción tomar respecto al niño maltratado, al mismo tiempo debe iniciarse una denuncia penal para determinar si hubo maltrato.

Además llegan denuncias desde los centros educativos, la Línea AZUL (0800 50 50), las ONG, o de vecinos que avisan a la policía. En su mayoría ningún familiar denuncia.

En casos en que se comprueba que hubo maltrato, el Juez de Familia debe alejar al agresor del niño, y citar a la familia (cuando la hay), para determinar si un adulto puede hacerse cargo del menor. La prioridad es que siga en la familia.

Si el agresor es procesado sin prisión, debe establecerse que no pueda acercarse al niño, pero esto en la mayoría de los casos no ocurre.”<sup>4</sup>

En la actualidad podemos destacar el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) como un determinante del Maltrato Infantil. De acuerdo a esto la Organización Mundial para la Salud (OMS) dispone que las consecuencias de la violencia infantil sobre la salud y el desarrollo de los menores maltratados persisten durante la edad adulta y están relacionadas con un amplio espectro de comportamientos de riesgo, como el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas). El impacto de dicha violencia durante la infancia provoca posteriormente cerca del (6%) de los casos de depresión y de abuso o dependencia de narcóticos. Por lo tanto la OMS señala a través de un manual sobre Maltrato Infantil la necesidad “urgente y mundial” de aumentar las inversiones para prevenir este fenómeno y proporciona la información necesaria para implementar programas con que lograrlo. La guía demuestra que dicha violencia puede prevenirse y es un instrumento práctico

<sup>3</sup> MIDES, Ministerio de Desarrollo Social. Abuso Maltrato 2009 Feb.(citado 6 Feb. 2009). Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/mides/index.jsp>.

<sup>4</sup> ONG, ARCOIRIS, Programa de apoyo al buen trato infantil 2009 Feb.(citado 14 Feb. 2009) Disponible en: <http://www.sai.org.uy>.



para ayudar a los gobiernos a poner en marcha las recomendaciones del organismo multilateral, entre las que se encuentran la creación de sistemas y de servicios de protección infantil fácilmente accesibles para los menores.

Como tal consideramos al tema maltrato infantil y consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) en el victimario y a nuestra investigación, de suma importancia en el fortalecimiento, desarrollo y enriquecimiento como futuros profesionales de la salud así como también desde el punto de vista humano.

## **Objetivo General**

- **Identificar que relación existe entre el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) por parte del victimario y el Maltrato Infantil, en niños de seis a doce años que ingresan al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, con diagnóstico de Maltrato en el periodo comprendido entre el 1º de Agosto al 31 de Agosto de 2009.**

## **Objetivos Específicos**

### **En el niño:**

- **Caracterizar al niño maltratado según: edad, sexo, núcleo familiar, antecedentes de maltrato en el niño, nivel de instrucción en la víctima y derivación del caso de maltrato al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional.**
- **Identificar que tipos de maltrato están presentes en la población de estudio.**

### **En el victimario:**

- **Identificar que sustancias (alcohol, drogas) se asocian con mayor frecuencia al Maltrato Infantil.**
- **Identificar la situación laboral del victimario.**

## **Metodología**

### ***Tipo y diseño general del estudio.***

Es un diseño descriptivo, de corte transversal.

### ***Área de estudio.***

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Montevideo, en el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional.

### ***Universo de estudio***

Los niños comprendidos entre seis a doce años que ingresen al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional con diagnóstico de maltrato siendo las Historias Clínicas las fuentes de obtención de datos.

### ***Selección y tamaño de la muestra***

Criterios de inclusión: las Historias Clínicas de todos los niños comprendidos en la franja etaria de seis a doce años de edad que ingresen al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional en el periodo comprendido entre el 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009 (en dicho periodo trabajamos con 14 casos), con diagnóstico de maltrato.

Criterios de exclusión: Aquellas Historias Clínicas que no cumplan con los criterios nombrados anteriormente.

### ***Materiales y métodos.***

Fuente de datos: Historias Clínicas, comprendidas dentro de la fecha mencionada anteriormente.

Instrumentos: Instrumento de recolección de datos (tabla de registro de datos patronímicos y datos clínicos de cada usuario).

### Procedimientos para la recolección de información:

- Autorización Institucional.
- Prueba para validar instrumento.
- Depuración de Historias Clínicas de la población con diagnóstico de maltrato.

### Definición y Operacionalización de Variables:

#### **Edad:**

- Variable cuantitativa ordinal.
- Definición conceptual de la variable: tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- Definición operacional: años cumplidos.
- Escala de medición: de seis a doce años.

#### **Sexo:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual de la variable: Carácter morfológico interno y externo, cromosómicos hormonales del individuo que hacen posible reconocer como diferenciar a hombres y mujeres.
- Definición operacional:- Masculino.  
- Femenino.
- Escala de medición:- Masculino.  
- Femenino.

### **Núcleo Familiar:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual: Conjunto de personas que conviven en roles fijos (madre, padre, hijos, otros.) con vínculos que pueden ser consanguíneos o no. Con un modo de existencia económico y social comunes y con sentimientos afectivos que los unen.
- Definición operacional:- Presenta.  
- No presenta.
- Escala de medición:- Presenta.  
- No presenta.

### **Consumo de Sustancias Psicoactivas:**

- Variable Cualitativa nominal.
- Definición conceptual: Las sustancias psicoactivas conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones.
- Definición operacional: tipo de consumo: - Alcohol.  
- Drogas (Pasta Base de Cocaína).
- Escala de medición: - Consume.  
- No consume.

### **Antecedentes personales de maltrato en el niño:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual: ingresos previos al actual con diagnóstico de maltrato.
- Definición operacional: si o no.
- Escala de medición: -Presenta antecedentes.  
-No presenta antecedentes.

### **Tipos de maltrato:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual: "El maltrato se define como; todas aquellas formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que origine un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o seguridad en el contexto de una relación de confianza o poder."(OMS)

Existen diferentes clasificaciones del maltrato infantil, una de ellas distingue las siguientes

**Categorías: Maltrato físico; Maltrato emocional; Maltrato institucional; Síndrome de Münchhausen; Abandono físico; Abandono emocional; Abuso sexual.**

- Definición operacional: tipo de maltrato: Maltrato físico; Maltrato emocional; Maltrato institucional, Abandono físico; Abandono emocional; Abuso sexual; Síndrome de Münchhausen;
- Escala de medición: - Presenta (Cual).  
- No Presenta.

### **Nivel de Instrucción del niño:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual: último año de educación formal cursado.
- Definición operacional: - Primaria.
- Escala de medición: - Primaria.

### **Situación Laboral del victimario:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual: es la actividad productiva realizada por un individuo por la que recibe un salario.
- Definición operacional:- Trabaja.  
- No trabaja.
- Escala de medición:- Trabaja.  
- No trabaja.

### **Derivación del maltrato:**

- Variable cualitativa nominal.
- Definición conceptual: Sujeto o institución a través del cual el niño maltratado llega al Centro de atención sanitaria.
- Definición operacional: - Particular (familiar, vecino, etc.).  
-Institucional (educativa, deportiva, ONG, etc.).
- Escala de medición: - Particular (familiar, vecino, etc.).  
- Institucional (educativa, deportiva, ONG, etc.).

## Marco Teórico

### Historia del maltrato:

La historia del maltrato infantil se considera en singular medida por el valor que la sociedad le asigna a la vida del niño.

Naciones civilizadas y no civilizadas han practicado el infanticidio en forma corriente.

Fue una práctica tolerada por las sociedades influidas por la cultura greco-romana, Polinesia, África, Egipto, e India, en China estuvo permitida hasta 1837.

Con el advenimiento de la urbanización condicionada por la revolución industrial, el infanticidio fue sustituido por la práctica del abuso y subsecuente maltrato del niño, incorporado prematuramente a la fuerza laboral.

Según Ambroiser Tardieu (1860) quien realizó las primeras menciones sobre maltrato infantil e informó sobre una serie de niños menores de 11 años víctimas de abuso sexual.

En 1946 Caffey radiólogo, en Nueva York, descubrió por primera vez la asociación entre fractura femoral y hematoma subdural crónico secundario a traumatismo no accidental.

A partir de 1953 F. Silverman, también radiólogo, descubrió manifestaciones radiológicas en huesos largos no apreciados al examen clínico y fruto de traumatismos repetidos. Se conoce, a partir de sus descripciones, como "Síndrome de Silverman" la triada: arrancamientos metafisarios, hematomas subperiósticos, fracturas múltiples de edades diferentes.

De acuerdo al Dr. Strauss describió los arrancamientos metafisarios por elongación, constricción violenta, torsión y sacudimiento a nivel de una articulación de un niño, (Síndrome de Strauss).

René Spitz entre 1945 y 1953 logró comprobar mediante minuciosas investigaciones lo que en nuestro medio el profesor Morquio había comprobado empíricamente: "La privación afectiva es tan peligrosa para el lactante como la privación de alimentos."



Spitz mediante la técnica de la observación directa y filmaciones longitudinales realizadas a cientos de niños durante el primer año de vida, pudo demostrar la importancia de la relación madre-hijo en la estructura del psiquismo del niño y en el desarrollo futuro de su personalidad.

Postula: "Durante el primer año, la madre, la pareja humana del niño, es quien sirve de interprete de toda percepción, de toda acción y de todo conocimiento."

Considera fundamental la influencia de la madre en el hijo, así como a su vez este último influye en su madre; viceversa creándose así lo que llama "proceso circular".

Es aproximadamente en la misma década que Caffey (1946) comienza a sospechar algo extraño frente a niños con fracturas múltiples y hematomas subdurales crónicos, que Spitz (1945) mediante sus observaciones sostiene firmemente la importancia de las interacciones madre-hijo para asegurar el normal desarrollo psíquico.

En nuestro medio es de importancia destacar los aportes realizados por el Dr. Julio Marcos, pediatra sensibilizado con los aspectos psicológicos del niño y fundador de psiquiatría en el Uruguay hace casi medio siglo.

También se cuenta con los aportes de la profesora Irma Gentile Ramos, quien estuvo y está vinculada a los problemas de la niñez abandonada y maltratada hace más de 30 años.

El término "Síndrome del niño golpeado" fue inicialmente utilizado por Kempre y Cols en 1962 y caracteriza a un grupo de niños que sufren daño físico como resultado de actos de violencia intencional por parte de las personas que son responsables de su cuidado (padres, niñeras, etc.).

El maltrato a los niños en sentido amplio es de observación frecuente en todas las razas independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico, político y cultural.

En 1975 Kempre y Schimth, luego de otros trabajos publicados previamente, hacen consideraciones sobre el síndrome teniendo en cuenta cinco ítems:

- Abuso físico.
- Negligencia nutricional.
- Abuso sexual.
- Abuso emocional.
- Negligencia por tratamiento médico.

## Violencia

De acuerdo a la Revista Médica de Uruguay; Infantil y Abuso Sexual; la cual hace referencia a que son innumerables las formas de violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Siempre es difícil

pensar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser psíquica o física, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. La mayoría de las veces se trata de adultos, hacia uno o varios individuos.

Este daño se puede dar ya sea por acción o por omisión, y se da en un contexto de desequilibrio de poder. En el caso de los niños, como en otros casos de violencia se da una relación de vulnerabilidad. Claramente los menores muestran inferiores recursos para defenderse de lo que les puede hacer un adulto. Además se debe considerar el daño emocional y los efectos a corto y largo plazo que provocan los maltratos.

La violencia podemos definirla como: un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psíquicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psíquica o emocional, a través de amenazas u ofensas. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, otras son crímenes. Distintas sociedades aplican diversos estándares en cuanto a las formas de violencia, que son o no son aceptadas.

Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser de carácter predominantemente, egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que viola lo razonable es susceptible de ser catalogado como violento si se impone por la fuerza.

### Maltrato infantil

“El maltrato de niños puede definirse según la Organización Mundial para la Salud como; todas aquellas formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que origine un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o seguridad en el contexto de una relación de confianza o poder.”<sup>5</sup>

<sup>5</sup> OPS- OMS. Organización Mundial para la Salud. Maltrato infantil 2009 Enero. Disponible en: <http://www.ops.org>.

Además de acuerdo al autor Osvaldo Bello podemos definirlo como; víctimas de abuso o maltrato infantil a los menores de 18 años que han experimentado daños físicos y/o psíquicos, abuso sexual o privación de cuidados básicos por parte de los padres o de quienes son responsables del bienestar infantil.

### Tipos de Maltrato

Existen diferentes clasificaciones del maltrato infantil, una de ellas distingue las siguientes categorías:

**Maltrato físico:** acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño o el joven, o que lo coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.

**Abandono físico:** situación en la que las necesidades básicas del menor (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, esparcimiento) no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él por motivos diferentes a la pobreza.

**Abandono emocional:** situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y la protección necesarios para cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. También se aplica a los casos en los que existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, risa, etc.) o a sus intentos de aproximación o interacción.

**Abuso sexual:** cualquier clase de búsqueda y obtención de placer sexual con un niño o joven, por parte de un adulto. No es necesario que exista contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso. Se estipula como abuso, también cuando se utiliza al niño como objeto de estimulación sexual. Es decir, que abarca el incesto, la violación, la vejación sexual (tocar de manera inapropiada un adulto a un niño/a, con o sin ropa, o bien, alentar, forzar o permitir a un niño que toque inapropiadamente a un adulto) y el abuso sexual sin contacto físico

(seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño/a para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía, el uso de niños para material pornográfico, etc.)

**Maltrato emocional:** conductas de los padres, madres o cuidadores, tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas o aislamiento que causen, o puedan causar, deterioro en el desarrollo emocional, social y/o intelectual del niño. Asimismo, algunas conductas sobre-protectoras que dificultan o impiden que los niños sean estimulados de acuerdo a sus capacidades o les imposibiliten atender las necesidades propias de su desarrollo.

**Síndrome de Münchhausen:** los padres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias).

**Maltrato Institucional:** cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien, derivada de la actuación individual de un profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, de la seguridad, del estado emocional, del bienestar físico o de la correcta maduración del niño o del joven, o que viole sus derechos básicos.<sup>16</sup>

#### Signos para sospechar maltrato infantil:

De acuerdo a un estudio realizado por la UNICEF en el año 2000 sobre los signos para sospechar un caso de maltrato infantil afirma que en el niño pueden aparecer repentinos cambios en el comportamiento o en su rendimiento habitual. Presenta problemas físicos o médicos que no reciben atención de sus padres. Muestra problemas de aprendizaje que no pueden atribuirse a causas físicas o neurológicas. Siempre está "expectante", como preparado para que algo malo ocurra. Se evidencia que falta supervisión de los adultos. Es sumamente hiperactivo o por el contrario excesivamente

<sup>16</sup> Bellinz G., Decuadr M., Charczewski G., Rubi I.; Maltrato infantil y abuso sexual; Rev Medica del Uruguay; Vol 21 Marzo 2005.

responsable. Llega temprano al colegio y se va tarde o no quiere irse a su casa. Falta en forma reiterada a la escuela.

En la familia los signos de maltrato infantil son: Dan muestras de no preocuparse por el hijo; raramente responden a los llamados de la escuela o al cuaderno de citaciones. Niegan que el niño tenga problemas, tanto en la escuela como en el hogar, o por el contrario maldicen al niño por su conducta. Por su propia voluntad autorizan a que la maestra emplee "mano dura" o incluso algún sacudón si su hijo se porta mal. Cuestionan todo lo que hace su hijo, se burlan o hablan mal de él ante los maestros. Demandan de su hijo un nivel de perfección académica o un rendimiento físico que es inalcanzable para el niño.

En padres e hijos los signos de maltrato infantil son: Rara vez miran a la cara o tienen contacto físico con otra persona. Consideran que la relación con su hijo es totalmente negativa. Demuestran que casi nadie les cae bien. Tienen una actitud recíproca de permanente tensión.

En el niño maltratado pueden detectarse diferentes signos de abuso físico por lo cual se considera la posibilidad de maltrato físico en el niño cuando estén presentes: quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados, o dolores en el niño que aparezcan bruscamente y no tienen una explicación convincente. Hematomas u otras marcas evidentes luego de haber faltado a clases; parece temerle a sus padres y protesta o llora cuando es hora de dejar el colegio para ir a su casa. Le teme al acercamiento o contacto de otros mayores. No dice que le han pegado en su casa. Se considera la posibilidad de abuso físico cuando los padres o tutores ante una lesión o traumatismo evidente en el niño no brindan una explicación convincente o se enojan ante la pregunta de lo ocurrido.

Frecuentemente se refieren a su hijo como "un demonio" o en alguna otra manera despectiva.

Es frecuente ver que tratan al niño con disciplina física muy dura. Los padres tienen antecedentes de haber sido niños maltratados o abandonados; existe el antecedente de que la madre ha sido golpeada, es frecuente que la madre del niño concuerda con algún moretón.

## Causas y efectos del maltrato infantil

Basándonos en el libro "Pediatría Urgencias y Emergencias" de los autores Bello, Sehabiague, Prego, De Leonardis, podemos decir que las causas y efectos del menor maltratado pueden presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Hasta el momento existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufran grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte. Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay que tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales. Los niños criados en hogares donde se los maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su stress psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, mas frecuente que en la población general. Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones.

## Diagnostico de maltrato

El diagnóstico positivo del niño maltratado requiere de la participación de un equipo multidisciplinario que cuente con el aporte de un pediatra, ginecólogo infantil, psiquiatra infantil, psicólogo, asistente social, médico forense y juez letrado de menores. En la mayoría de los casos se realiza un primer diagnóstico de sospecha de maltrato a cargo del pediatra. En otros casos son familiares o vecinos quienes denuncian situaciones que perciben como maltrato.

Para el diagnóstico se tienen en cuenta datos del interrogatorio y el examen clínico, los extraídos de la encuesta social y eventualmente de exámenes complementarios.

Dentro del interrogatorio se debe tener en cuenta:

- Edad.
- Apariencia del niño.
- Señales corporales de injurias previas en varios estadios de resolución.
- Trauma reciente de origen desconocido.
- Historia previa de episodios similares.
- Demora en la búsqueda de asistencia médica.
- El control pediátrico del niño, cumplimiento de las inmunizaciones.
- Crisis familiar, estrés económico, alcoholismo, psicosis, drogadicción y problemas de comportamiento social.

Del examen físico se destaca la observación de la actitud del niño, el estado general, la valoración del estado nutricional, la higiene, la vestimenta pueden traducir una omisión de los cuidados elementales.

El examen debe ser completo y sistémico, orientado al hallazgo de las lesiones típicas en las topografías habituales.

Dentro de los exámenes complementarios se destacan: la radiografía de esqueleto (por la importancia de la presencia de fracturas actuales o consolidadas desapercibidas), fondo de ojo, ecografía o tomografía de cráneo (por la gravedad de las lesiones meningoencefálicas), hemograma

y crisis sanguínea (para descartar que las lesiones equimóticas de piel obedezcan a un trastorno hematológico).

### Factores de riesgo

Característica o atributo que se encuentra aumentando la probabilidad de que se desarrolle un hecho. Encontramos factores de riesgo relacionados al entorno familiar y social tales como; madre soltera, embarazo no deseado, alcoholismo, drogadicción, psicopatías.

Además factores de riesgo en el niño; prematuro, retardo mental, lactante irritante.

Autores como Belsky, proponen una perspectiva ecológica, no limitar a una sola causa del maltrato infantil, sino que debemos contemplar diferentes aspectos relacionados con el desarrollo del individuo en cuanto a su historia personal, su microsistema (características y relaciones familiares), su exosistema (trabajo, clase social y vecindad) y su macrosistema considerando las características culturales. Por consiguiente, la respuesta de abuso sería una consecuencia tanto de la propia historia de la infancia de los padres, como de los valores y prácticas de crianza infantil que caracterizan a la sociedad o subcultura en la cual el individuo, la familia y la comunidad se encuentran.

### Sustancias Psicoactivas (alcohol y drogas)

“El ser humano puede hacerse dependiente de una amplia diversidad de objetos y hasta de personas. Es así que se puede hablar de dependencia al juego, a la televisión a internet, etc. Esto significa que el fenómeno de las adicciones excede la situación de dependencia de las drogas, y en el mismo se entrelazan factores individuales, familiares sociales, culturales que contribuyen al establecimiento de vínculos adictivos. Prevenir implica actuar sobre todos estos factores involucrados en el problema.

Una primera definición de drogas psicoactivas realizada por la Organización mundial de la Salud (OMS) nos permitirá tener una idea clara de lo que llamamos droga: Droga es toda sustancia ya sea de origen natural o sintética que una vez que es introducida al organismo es capaz de alterar una o más de sus funciones. Esta es una definición amplia de droga que abarca sustancias que uno habitualmente no involucraría, como los medicamentos.



Dentro de esta definición de droga cuando nos referimos a las adicciones, hablamos de un tipo de drogas en especial que son las llamadas psicotóxicas o psicoactivas, son aquellas drogas cuyo efecto principal se ejerce en el Sistema Nervioso Central (SNC) provocando alteraciones del estado de ánimo, conducta, comportamiento, conciencia, y percepciones. Esta definición que es farmacológica, permite clasificarlas según su efecto en el SNC y así cada droga nueva que aparece en el mercado, puede ser ingresada en una de ellas.

Según otra definición: Droga será cualquiera de las múltiples sustancias que el hombre ha usado, usa o intentará a lo largo de los siglos, con capacidad para modificar las funciones del organismo vivo que tiene que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo (Jaime Funes Arteaga).

Teniendo en cuenta estas definiciones, no es adecuado hablar de "la droga" como un fenómeno único y uniforme. Considerando que existen diversas sustancias, consumidas de distintas formas por diversas personas de diferentes contextos y que puede dar lugar a variados tipos de situaciones más o menos problemáticas, resulta más apropiado referirse a LAS DROGAS.

Con respecto al alcohol, es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales, sanitarios y económicos causa (accidentes de tránsito y laborales, violencia doméstica y social, problemas de salud, alcoholismo, entre otros).

Es un depresor del Sistema Nervioso Central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores produciendo desinhibición conductual y emocional.

No es un estimulante, como a veces se cree; la euforia inicial que provoca se debe a la inhibición del autocontrol de la persona que lo consume.

En cuanto a la Pasta Base de Cocaína es el producto intermedio en la fabricación del clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con kerosene o gasolina, para posteriormente mezclarla con sustancias alcalinas y permanganato de potasio y finalmente ácido sulfúrico. Se consume fumada en pipa, mezclada con tabaco o marihuana en cigarrillo. La Pasta Base de Cocaína tiene bajo costo y una alta

disponibilidad de América Latina, se obtiene mediante procesos de laboratorio muy simples, es de fácil uso y posee una potente y breve acción, lo que la hace muy adictiva. ”<sup>7</sup>

---

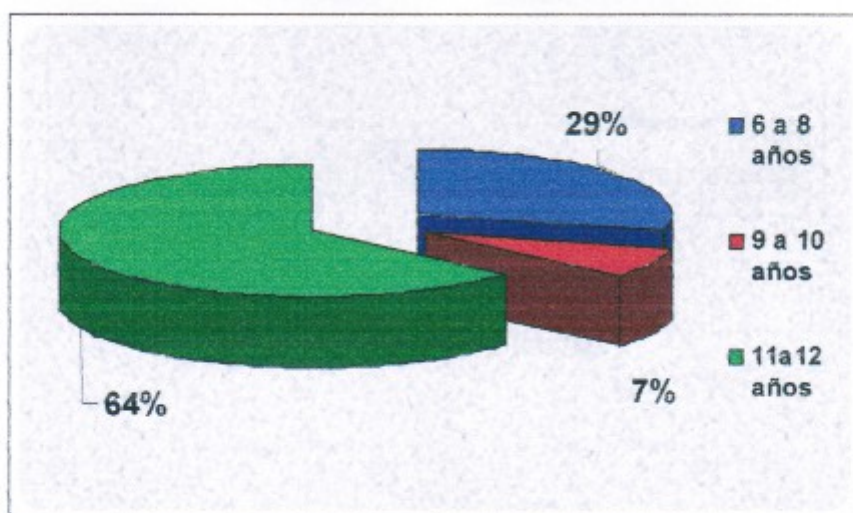
<sup>7</sup> Drogas mas información menos riesgo Problema Drogas: Compromiso de todos; octubre 2007 6ª Edición; Edita Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Presidente Lic. Jorge Vázquez Secretario General Lic. Milton Romani Gerner

## RESULTADOS, TABLAS Y GRÁFICAS

- **Tabla y gráfico N° 1**

Distribución según Edad de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

EDAD	FA	FR%
6 a 8 años	4	29%
9 a 10 años	1	7%
11a12 años	9	64%
TOTAL	14	100%



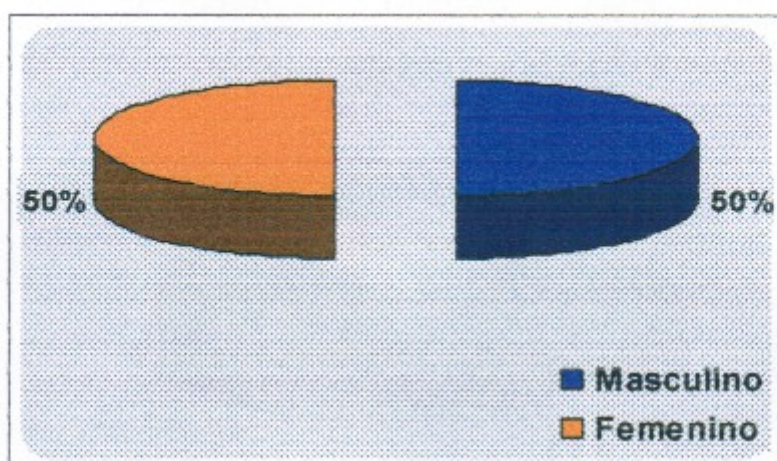
Fuente: Historias Clínicas.

- Tabla y gráfico N° 2

Distribución según Sexo de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico

del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

SEXO	FA	FR%
MASCULINO	7	50%
FEMENINO	7	50%
TOTAL	14	100%



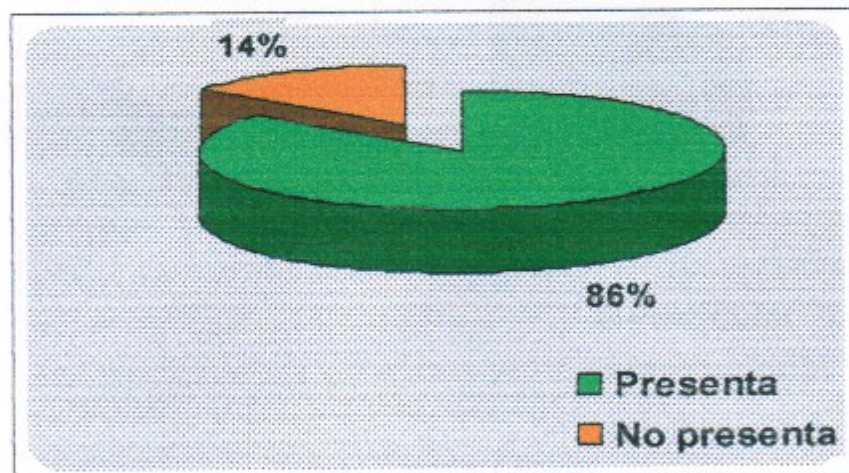
Fuente: Historias Clínicas.

- **Tabla y gráfico N° 3**

Distribución según Derivación de usuarios hospitalizados en el Centro

Distribución según Núcleo Familiar de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>NUCLEO FAMILIAR</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
PRESENTA	12	86%
NO PRESENTA	2	14%
TOTAL	14	100%



Fuente: Historias Clínicas.

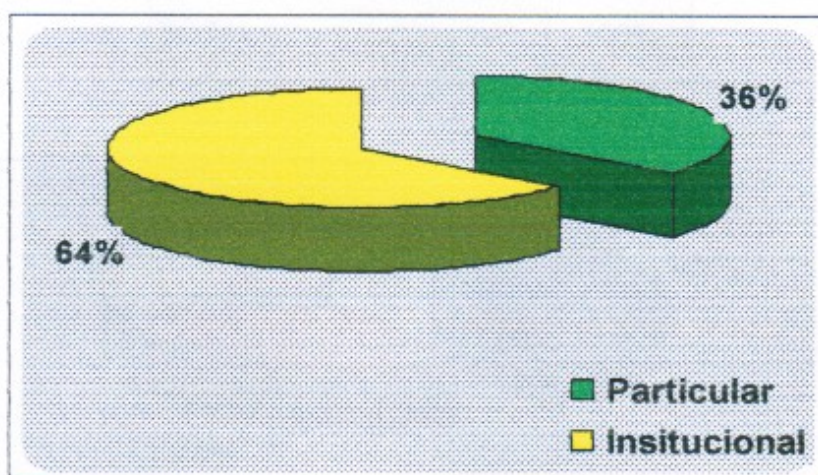


- **Tabla y gráfico N° 4**

Distribución según Derivación del caso de maltrato de usuarios hospitalizados en el Centro

Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>DERIVACIÓN DEL MALTRATO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
PARTICULAR	5	36%
INSTITUCIONAL	9	64%
TOTAL	14	100%

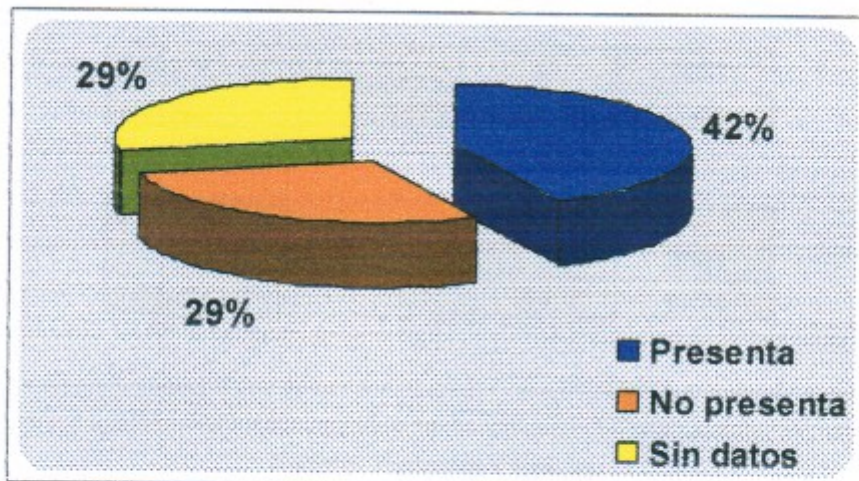


Fuente: Historias Clínicas.

- **Tabla y gráfico N° 5**

Distribución según Antecedentes personales de maltrato de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>ANTECEDENTES PERSONALES DE MALTRATO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
PRESENTA	6	43%
NO PRESENTA	4	28,5%
S/DATOS	4	28,5%
TOTAL	14	100%



Fuente: Historias Clínicas.

- **Tabla N° 6**

Distribución según Tipo de maltrato de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico

del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>TIPOS DE MALTRATO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
MALTRATO FISICO	13	93%
TOTAL	14	100%

ABANDONO FISICO	2	14%
TOTAL	14	100%

ABANDONO EMOCIONAL	7	50%
TOTAL	14	100%

ABUSO SEXUAL	4	28%
TOTAL	14	100%

MALTRATO EMOCIONAL	5	36%
TOTAL	14	100%

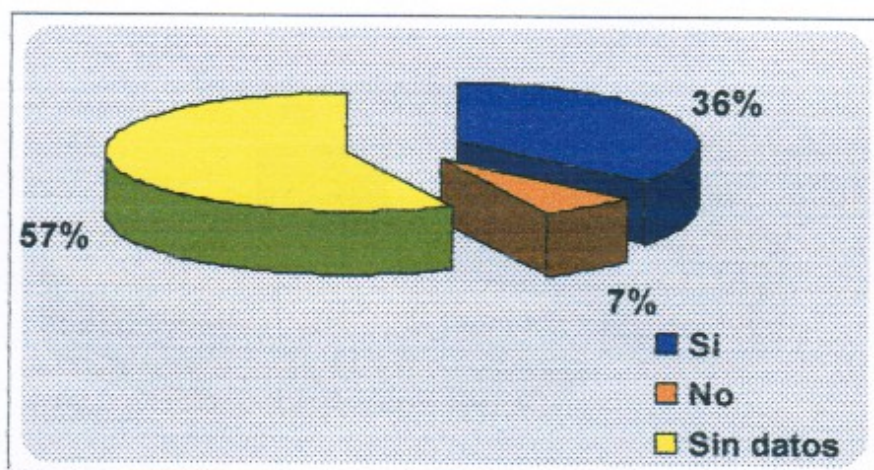
Fuente: Historias Clínicas.



- Tabla y gráfico N° 7

Distribución según Consumo de sustancias por parte del victimario de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
SI	5	36%
NO	1	7%
S/DATOS	8	57%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

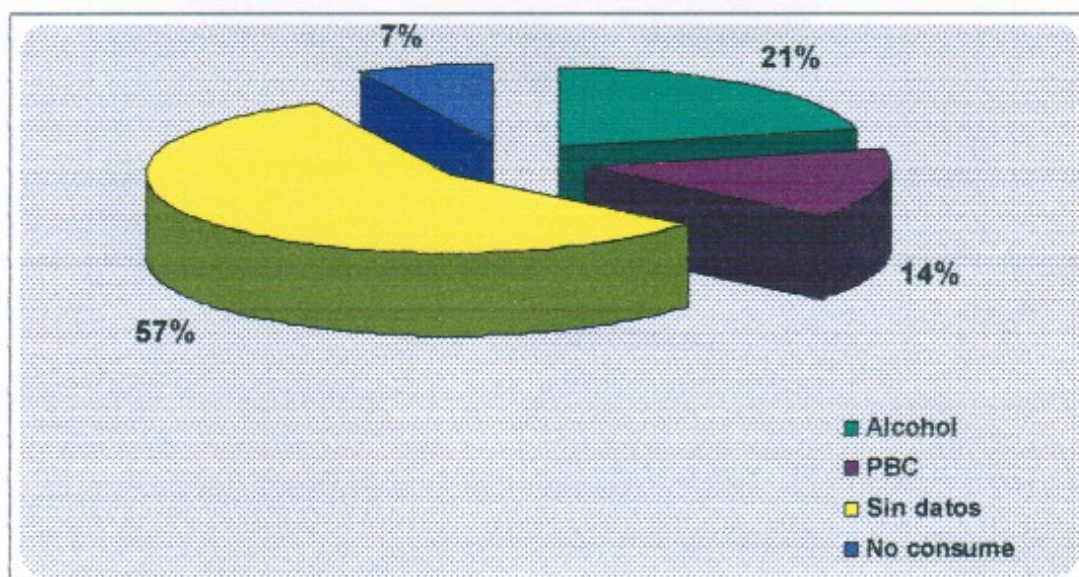


Fuente: Historias Clínicas.

- Tabla y gráfico N° 8

Distribución según Sustancias de consumo por parte del victimario de usuarios hospitalizados en el Centro Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>CONSUMO de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
ALCOHOL	3	21%
PBC	2	14%
S/DATOS	8	57%
NO CONSUME	1	7%
TOTAL	14	100%



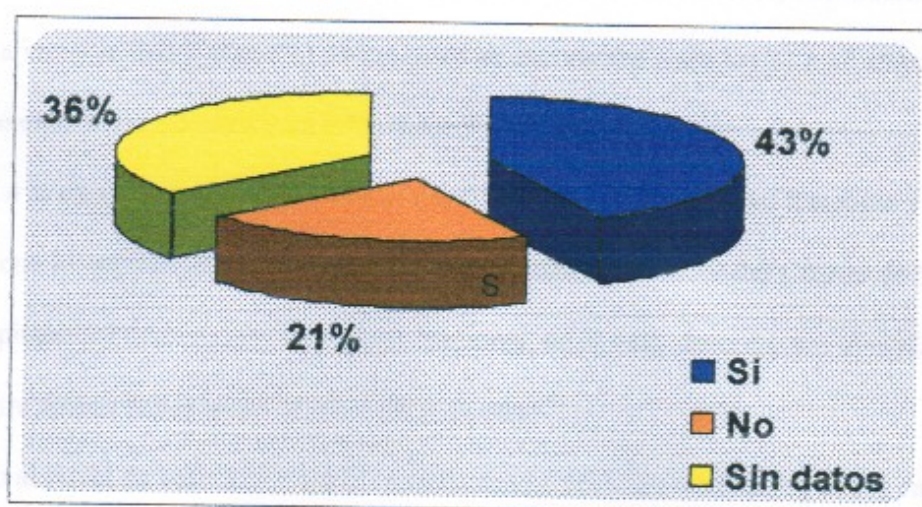
Fuente: Historias Clínicas.



• Tabla y gráfico N° 9

Distribución según Situación laboral del victimario de usuarios hospitalizados en el Cent Hospitalario Pediátrico del 1° de Agosto al 31 de Agosto de 2009, Montevideo.

<b>SITUACIÓN LABORAL del VICTIMARIO</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
SI	6	42%
NO	3	21%
S/DATOS	5	36%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>



Fuente: Historias Clínicas.

## Análisis

Se detectaron un total de 14 casos de maltrato infantil, esto en relación a la cantidad de días en los que se realizó la investigación equivale a un caso por día (la recolección de datos en el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional se realizó tres días a la semana durante el mes de Agosto), por lo que concuerda con datos obtenidos por la Dra. Rippe psiquiatra infantil del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, la cual manifestó que “un caso de maltrato infantil por día es mucho, sin tener en cuenta los casos que no son denunciados y por lo tanto no son conocidos esto nos lleva a concluir que las cifras son aun mayores. Estadísticamente por cada uno que se encuentra se estima que hay 15 que quedan ocultos, hay niños que no son atendidos, hay episodios que no se detectan y si los hay. A todo esto debe incluirse a los demás niños de la familia que también pueden ser víctimas o testigos de la violencia.”

De acuerdo a las variables utilizadas para describir la población en estudio, encontramos que respecto a la variable Edad; el (64%) de los casos se encontraba entre los 11 a 12 años; seguido por un (29%) de entre los 6 a 8 años y un (7%) entre 9 a 10 años.

En relación a la variable Sexo encontramos un (50%) correspondió al sexo femenino y (50%) al masculino; con lo que este resultado coinciden con los datos obtenidos del Comité de Maltrato del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, en el cual describe que el maltrato se equipara entre ambos sexos luego de los 5 años de edad.<sup>8</sup>

Relacionado al Nivel de Instrucción de la víctima, se encontró que un (100%) de los casos están cursando primaria. Al relacionar esta variable con la derivación del caso de maltrato al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional se detecta que un (64%) de los mismos fueron derivados por una institución educativa, mientras que derivados por un particular (familiar o vecino) fue de un (36%). Esto a su vez, se corresponde con una investigación del INAU en el año

<sup>8</sup> “El INAU recibe cuatro denuncias sobre maltrato infantil por día”; Diario EL PAÍS; 2008 Abril 23; Sección B pag.3

2009, en la cual se destaca el mayor porcentaje de casos derivados de centros educativos (17%); viendo aquí el rol preponderante que estos cumplen al momento de realizar la denuncia.

A diferencia de particulares (familiares o amigos) los cuales derivan o denuncian estos casos en un menor porcentaje (5%).<sup>9</sup>

En relación a la variable Núcleo Familiar, se destaca que el (86%) de los casos presenta, mientras que el (14%) no presenta.

Respecto a los Antecedentes Personales de maltrato en la víctima, se encontró que un (43%) de los casos presenta, mientras que un (28,5%) no los presenta y (28,5%) sin dato. El porcentaje de casos sin datos, es debido a que en la Historia Clínica no existen registros o no aporta datos referidos al tema.

En la variable Tipo de Maltrato, tenemos que un (93%) de los casos presenta Maltrato Físico, seguido por un (50%) de Abandono Emocional, un (36%) de Maltrato Emocional, un (28%) Abuso Sexual y un (14%) Abandono Físico. Mientras que Síndrome de Münchhausen y Maltrato Institucional no se detectaron casos. Estos resultados podrían relacionarse con un estudio realizado por el Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional en el año 2004, donde se puede observar que el Maltrato Físico presenta un mayor porcentaje de casos y un aumento de casos por Abuso Sexual.

De acuerdo a la variable Consumo de Sustancias por parte del victimario se destaca que un (36%) de los casos, los padres o cuidadores consumen alcohol y/o drogas. De esto se desprende que un (21%) de los casos consumen alcohol y un (14%) pasta base de cocaína.

Debemos hacer hincapié, que se detectó que en un (57%) de los casos no existía registro en la Historia Clínica sobre el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y/o drogas) en el victimario, debido a que no se contempla muchas veces por parte de los profesionales al momento del ingreso del niño maltratado, por lo que consideramos que no se tomó en cuenta un factor preponderante; el

<sup>9</sup> MIDES, Ministerio de Desarrollo Social. Abuso Maltrato 2009 Feb.(citado 6 Feb. 2009). Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/mides/index.jsp>.

consumo de sustancias psicoactivas como disparador del maltrato, de acuerdo a la Organización Mundial para la Salud.

A su vez se le debe dar la importancia que pretende dar la OMS, a la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas en el victimario y el maltrato infantil, a tal punto que ésta lo señala a través de un manual de maltrato infantil como la “necesidad urgente y mundial” de aumentar las inversiones para prevenir este fenómeno y proporcionar la información necesaria para implementar programas con que lograrlo. La guía demuestra que dicha violencia puede prevenirse y es un instrumento práctico para ayudar a los gobiernos a poner en marcha las recomendaciones del organismo multilateral, entre las que se encuentra la creación de sistemas y de servicios de protección infantil fácilmente accesibles para los menores.

En relación a la variable Situación laboral del victimario se encontró que un (42%) trabaja mientras que un (21%) no realiza ninguna actividad y un (36%) no presento datos. Aquí destacamos la importancia del ingreso económico al núcleo familiar de la víctima, ya que un estudio realizado en el año 2002 por el comité de maltrato del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional detectó un aumento de los casos de maltrato relacionado a la crisis económica que sufrió el país en ese momento.

## Conclusión

A través de nuestro trabajo de investigación se detectó la falencia que presenta el equipo de profesionales al recibir un caso de Maltrato Infantil, relacionando esto a que no contemplamos en la mayoría de los casos el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y/o drogas) por parte del victimario, siendo este un factor desencadenante en un gran porcentaje de casos que se dan hoy en día en nuestra sociedad. Decimos esto, ya que el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y/o drogas) en nuestra sociedad se ha incrementado en estos últimos años y de la mano de este es que se ha visto un aumento de múltiples casos de maltrato infantil, tomando como respaldo a la Organización Mundial para la Salud (OMS) la cual considera el caso como "urgente y mundial". Es por ello la importancia de comenzar a trabajar con este factor de riesgo.

Como profesionales de la salud proponemos reforzar las acciones de promoción y prevención en el primer nivel de atención ya que es la puerta de ingreso al sistema de salud.

Además, es en este nivel en el que se propone trabajar con las familias en su entorno, así se puede observar como se relacionan y transitan estas con la problemática, siendo más sencilla su detección debido al vínculo que se puede generar entre los centros de salud y las familias.

Es importante reforzar las redes de soporte social ya que son las que brindan sostén, protección, contención y colaboran en la detección de nuevos casos.

De esta manera se intentará trabajar con todos los aspectos del individuo afectado así como también con su familia, considerándolo como un ser biopsicosocial.

Debemos recordar que en el caso del Maltrato Infantil, probablemente exista violencia en otros miembros del núcleo familiar, por lo que es reconfortante contar con profesionales que colaboren en pro de superar esta problemática.

Debemos aprovechar la influencia que tienen los medios de comunicación en la sociedad al momento de lanzar campañas de prevención y promoción así como también informar a la sociedad

sobre las herramientas necesarias que le permitan reconocer una situación de Maltrato Infantil ya sea en integrantes de su núcleo familiar, laboral, etc.

Es necesario difundir la ley contra violencia infantil, en la cual las personas tienen el derecho de denunciar estos casos y aplicar la misma; así como lo realizan diferentes instituciones; INAU, MIDES, ASSE, Centros CAIF, y diferentes ONG.

Para atacar esta creciente problemática además de la prevención y promoción es fundamental trabajar en tareas de capacitación del personal sanitario y de todos aquellos referentes pertenecientes a la red para de esta manera abordar la problemática de la mejor manera posible.



## **Agradecimientos**

- A nuestras tutoras responsables quienes nos acompañaron durante el proceso de investigación: Prof. Ag. Lic. Esp. Margarita Garay

Prof. Adj. Ps.: Beatriz Capezzuto

- A las Licenciadas en Enfermería del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional, que facilitaron la accesibilidad a las Historias Clínicas.
- En particular a nuestras familias y amigos quienes también estuvieron acompañándonos durante este proceso.

**GRACIAS.**

## Bibliografía

- Abdalá, L.- *Maltrato al Menor*; Editorial Interamericana; México 1994.
- Bello, O.- *Pediatría Urgencia y Emergencia*; 1ª Edición; Montevideo 2002.
- Bello, O.- Schabiague G., Laredo J.; *El abuso y abandono de niños: guía educativa*. Montevideo: Maltzman 1989.
- Canales, H.- *Metodología de la Investigación*; 2ª Edición, 1994.
- *Diccionario Manual Grandá*; Editorial Juan Carlos Grandá; Bs. Aires 1977.
- Moya Suárez, H.; Olivari Piña, F.; Ulloa Chávez – *Maltrato Infantil Guía Clínica*; Edición Hospital de Niños Roberto del Río; Chile.
- María Cristina De Bonis; *Evolución Histórica de fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país*; Rev. Nuestro Hospital; Año 2; N° 2, 1998.
- Bellinzo G., Decuadro M, Charczewski G., Rubio I; *Maltrato Infantil y Abuso Sexual*; Rev. Medica de Uruguay; Vol. 21, Marzo 2005.
- *Drogas mas información menos riesgo Problema Drogas: Compromiso de todos*; octubre 2007 6ª Edición: Edita Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Presidente Lic. Jorge Vazquez, Secretario General Lic. Milton Romani Gener.
- "El INAU recibe cuatro denuncias sobre maltrato infantil por día"; Diario EL PAÍS; 2008 Abril 23; Sección B Pág. 3.
- Garci, B.& Zonovic A.- *Síndrome del Niño Maltratado*; Revista Chilena de Pediatría; Vol. N° 4, N° 64 Pág. 273- 280.
- *Maltrato Infantil, Situación en el Hospital Roberto del Río*. Rev. Ped. Elec. Vol. 4 N° 2 Chile 2007.

- Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño: documento de la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 1386 (XIV) del 20 de Noviembre de 1959.
- Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño: documento de la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 44/25 del 20 de Noviembre de 1989.
- Castillo Orozco B.; Etapa Escolar 6 a 12 años; Internet 2005; Disponible en: <http://bcastillo.blogspot.com>; 18 de Marzo de 2009.
- GRUPO RADAR Enero 2009, Disponible en: <http://www.gruporadar.com.uy>.
- OMS, Organización Mundial Para la Salud, Maltrato infantil Enero 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.htm>.
- OPS- OMS. Organización Mundial para la Salud. Maltrato Infantil 2009 Enero. Disponible en: <http://www.ops.org>.
- UNICEF. Maltrato Infantil, Internet 2000 Disponible en: <http://www.unicef.org>.

# ANEXOS

## INSTRUMENTO de RECOLECCION de DATOS:

### Maltrato Infantil y Consumo de Drogas

Fecha:			
Sala:			
<b>Datos del Niño</b>	<b>Iniciales:</b>		<b>Sexo:</b> M
	<b>Edad:</b>	6 a 8 años:	F
		9 a 10 años:	
		11 a 12 años:	
	<b>Antecedentes Personales de Maltrato:</b>	Presente	
		No Presente.	
	<b>Motivo de Consulta:</b>		
	<b>Diagnostico:</b>		
	<b>Nivel de Instrucción:</b>	Primaria.	
	<b>Nucleo Familiar:</b>		
	<b>Presenta:</b>	Madre	
		Padre.	
		Hermanos.	
		Otros.	
	<b>No presenta:</b>		
	<b>Tipos de Maltrato:</b>	<b>Presenta:</b>	Maltrato Fisico.
			Maltrato emocional.
			Maltrato Institucional.
			Abandono Fisico.
			Abandono Emocional.
			Síndrome de Münchausen.
			Abuso Sexual.
	<b>Derivacion del Maltrato:</b>	Particular.	
		Institucional.	
	<b>Datos del Victimario:</b>		
	<b>Consumo de Sustancias Psicoactivas:</b>	<b>Consume:</b>	Alcohol.
			PBC.
		<b>No Consume:</b>	
	<b>Situacion Laboral:</b>	Trabaja.	
		No Trabaja.	

**CRONOGRAMA de GANTT INICIAL:**

MES	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
<b>ACTIVIDAD</b>								
Presentación del Programa Tesis por Cátedra de Salud Mental	▲							
Elección del Tema.	▲							
Reunión del grupo de Investigación	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Revisión Bibliográfica		▲	▲	▲	▲			
Tutoría Docente			▲		▲		▲	
Reunión con Equipo de Maltrato en C.H.P.R.N			▲					
Elaboración del Protocolo			▲	▲	▲			
Presentación del Protocolo "piloto" a Tutors						▲		
Autorización Institucional				▲				
Implementación del Plan Piloto					▲			
Implementación del Proyecto						▲		
Tabulación y Análisis de datos							▲	
Entrega del Protocolo al DIVA								▲
Solicitud del Tribunal								▲
Defensa								▲



## Anexo N° 1

### Plan Piloto

Con el fin de realizar una prueba, se pondrá en práctica un Plan Piloto para obtener toda información que mejore el proyecto de investigación y además revele mejoras.

Para ello se especifican los objetivos, planificación de la ejecución y los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar los diferentes aspectos del proyecto de investigación como base para efectuar posibles revisiones y/o correcciones para evitar sesgos en el producto final.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Verificar la factibilidad de la pregunta a investigar.

Verificar la confiabilidad y validez del instrumento para la recolección de datos.

#### **DESARROLLO:**

Durante el periodo comprendido entre el 27 de Julio al 31 de Julio de 2009, asistiremos al Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional de lunes a viernes en el horario de 9 a 12.

Se utilizara un instrumento para la recolección de datos que se obtendrán de las Historias Clínicas por parte de los estudiantes que realizaran la investigación.

#### **RECURSOS HUMANOS:**

Cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería.

Tiempo Total: 15 Horas.

#### **RECURSOS MATERIALES:**

Lápices

Goma

Hojas

Carpetas



## Anexo N° 2

### Comité de Maltrato del Centro Hospitalario Pediátrico de Referencia Nacional:

**Secretaría :**

Dra. Raquel Domínguez

**Pro-secretaría:**

Dra. Rosario Satriano

**Tesorera:**

Dra. Graciela Palomino

**Integrantes:**

Dra. Beatriz Estable

Dra. Beatriz Golucchi

Dra. Doraida Cano

Dra. Beatriz Balbela

Psic. Nelson de Leon

Asist. Soc. Ma. Elvira Teperino

Asist. Soc. Selva Aldaya

Asist. Soc. Ma. Isabel Rama

**Día de reunión:** todos los martes

**Hora:** 13:00

**Lugar:** SUP