

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Caracterización de casos de maltrato infantil a
menores de 0 – 15 años, atendidos en el
hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, La Paz,
Bolivia, abril a junio de 2016.**

POSTULANTE: Dra. Daniela Rebeca Flores Santos.

TUTOR: Dr. M.Sc. Fernando Mauricio Valle Rojas.

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister
Scientiarum en Medicina Forense**

**La Paz - Bolivia
2016**

DEDICATORIA

A Dios nuestro señor, que me enseña que la vida es maravillosa, que la meta está al final del camino que no importa cuántas veces cambies los objetivos o los medios para llegar, lo importante es llegar y lograr lo que uno quiere en la vida con fe, dedicación, voluntad y que sus tiempos son perfectos.

A mis padres, por ese amor y apoyo incondicional sin límites, paciencia, comprensión porque me enseñan cada día lo importante de ser mejor persona que el día de ayer, que si uno quiere, que si uno se propone, que si uno lucha, lo logra a pesar de las circunstancias.

Dra. Daniela Rebeca Flores Santos

AGRADECIMIENTOS

A Dios que todo lo ve y todo lo escucha, por permitirme respirar cada día, y lograr una meta más en la vida, tanto en el ámbito personal como profesional.

A mis padres por darme la oportunidad de crecer en un hogar en el que reina el amor, comprensión, dedicación, la lucha por la superación personal y no la violencia, y por el cariño y ternura con el que siempre me tratan, mamá gracias por enseñarme con tu ejemplo que los sueños con esfuerzo y voluntad se logran, papá gracias por todos los ánimos y el apoyo incondicional que me has dado durante todo el tiempo que duro llegar a la meta, los amo.

A mi tutor de tesis Dr. Fernando Valle Rojas por su apoyo, paciencia y por estar dispuesto a responder mis dudas y prestar su ayuda en todo momento, para la elaboración de este trabajo, gracias por la confianza.

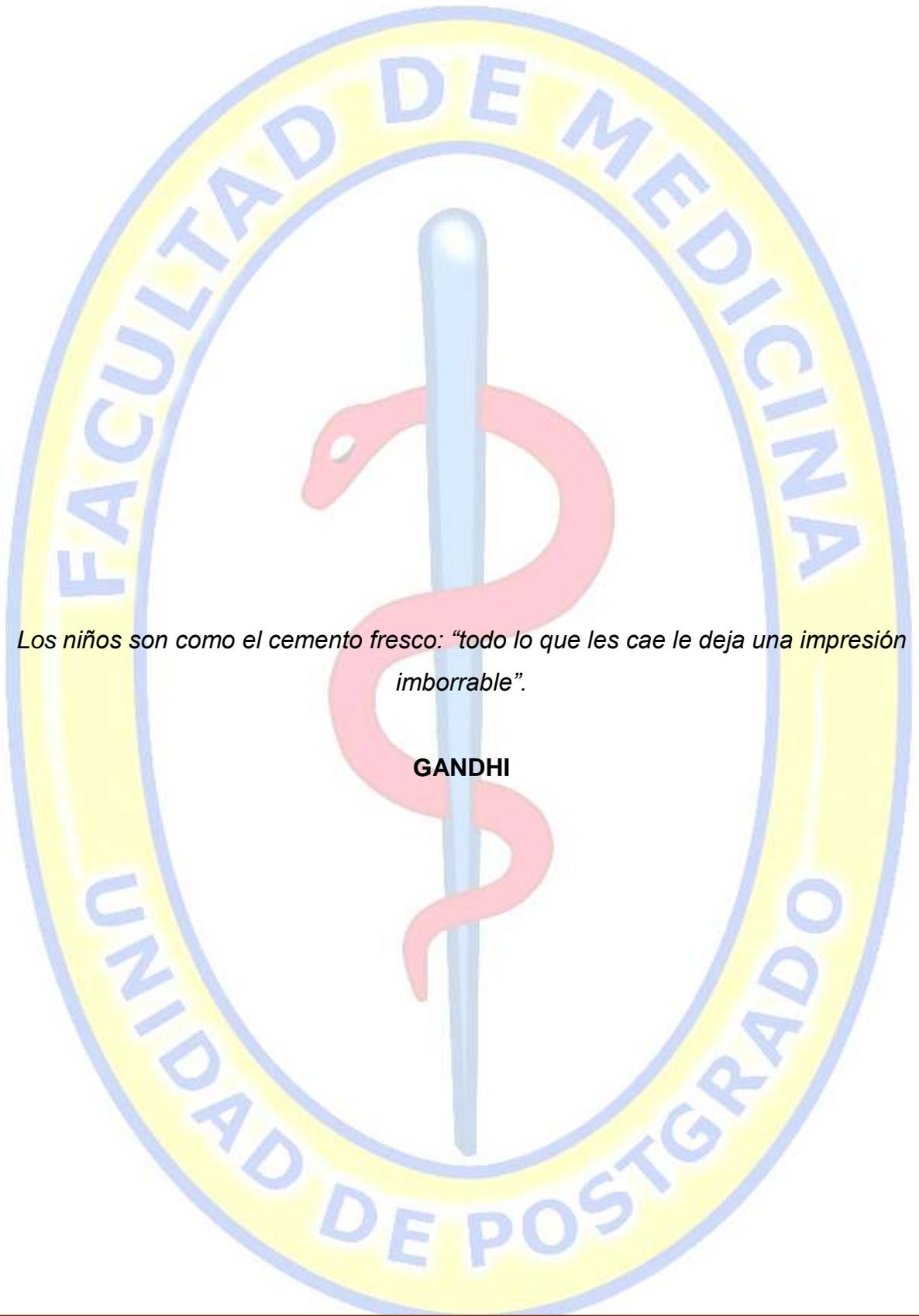
Al Dr. Jorge Melgarejo Pizarroso por su confianza y guía, por brindarme desde el principio su apoyo y tiempo.

Al Hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría por acogerme desde el principio en mi labor investigadora.

Por último, de modo especial a esos niños y niñas que me han facilitado la información necesaria para llevar a cabo este trabajo de investigación.

¡A todos, mil gracias y Bendiciones!

Dra. Daniela Rebeca Flores Santos



Los niños son como el cemento fresco: “todo lo que les cae le deja una impresión imborrable”.

GANDHI

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I.-INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN	4
III.- ANTECEDENTES	5
A.- SITUACIÓN MUNDIAL DEL MALTRATO INFANTIL	6
B.- SITUACIÓN EN BOLIVIA DEL MALTRATO INFANTIL	12
C.- SITUACIÓN EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOBRE MALTRATO INFANTIL	16
IV.- MARCO TEÓRICO	20
A.- DEFINICIONES	20
1.- Maltrato Infantil.....	20
2.- Abuso Físico.....	22
3.- Síndrome de Niño Maltratado.....	23
4.- Maltrato por Acción u Omisión.....	24
B.- TIPOS DE MALTRATO	25
1. Tipología de maltrato por acción.....	25
2. Tipología de maltrato por omisión.....	27
C.- OTROS TIPOS DE MALTRATO	28
1. Síndrome del Niño Sacudido.....	28
D.- CLASIFICACIÓN CIE 10	28
1.- Violencia Física.....	28
2.- Violencia Sexual,.....	28
3.- Violencia Psicológica,.....	28
4.- Violencia por Privaciones o Descuido.....	29
E.- SIGNOS Y SINTOMAS DE MALTRATO INFANTIL	29
1. Lesiones cutáneo mucosas.....	29
2. Lesiones osteoarticulares.....	29
3. Lesiones toracoabdominales.....	30
4. Lesiones oculares.....	30
5. Lesiones del sistema nervioso central.....	30
6. Lesiones a nivel psicológico.....	30
7. Indicadores de Abuso Sexual.....	30
8.- Lesiones no intencionales (accidentes).....	30



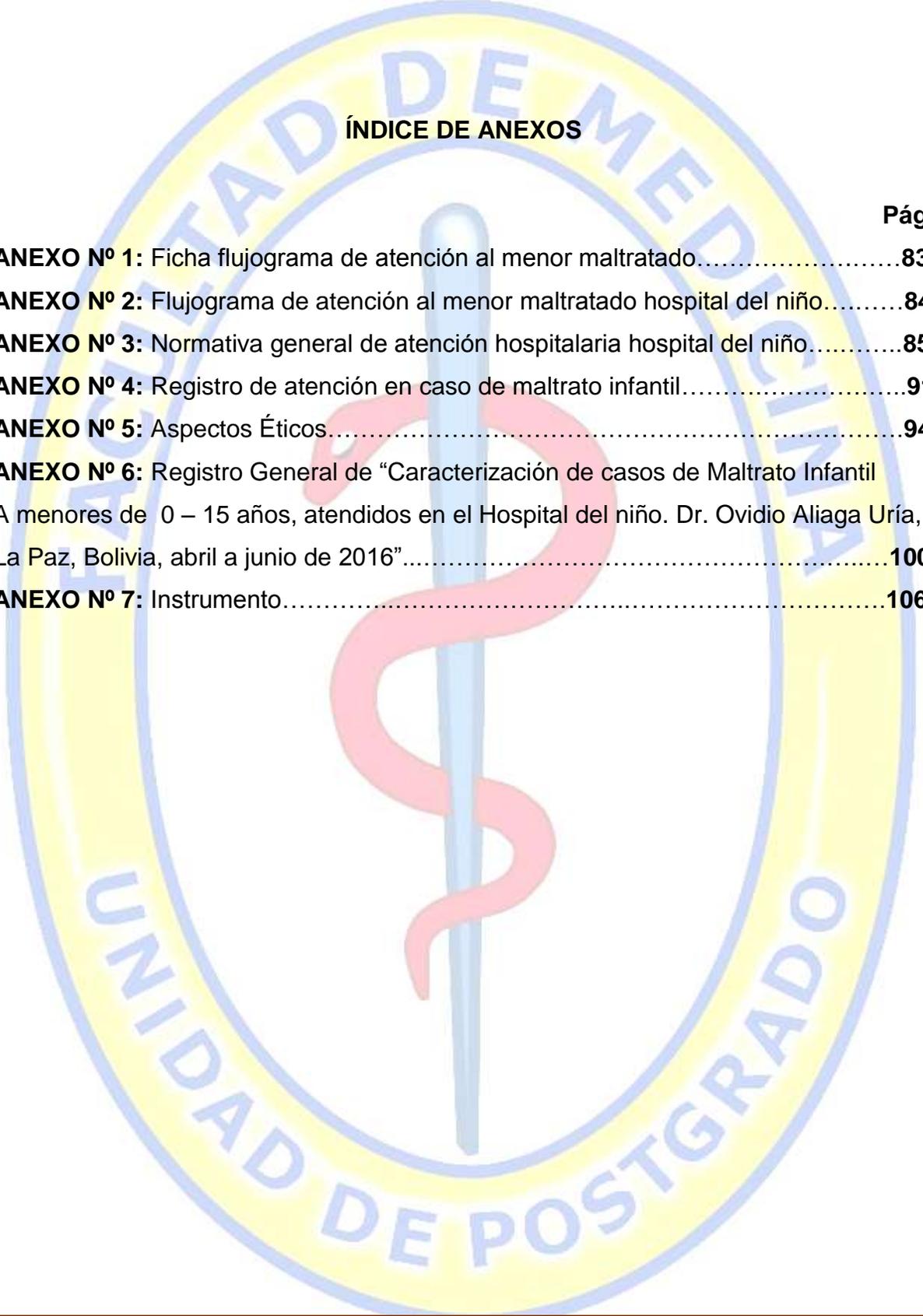
F.- CRITERIOS CLÍNICOS DE SOSPECHA	31
G.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	32
H.- RUTA CRÍTICA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL MENOR MALTRATADO	32
I.- MARCO LEGAL DEL MALTRATO INFANTIL	33
1.- DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LA CPE	34
2.- CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE /LEY Nº 548 DE 17 DE JULIO DE 2014..	35
3.- CODIGO PENAL BOLIVIANO	37
V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
VI.- OBJETIVOS	42
A.- OBJETIVO GENERAL	42
B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
VII.- DISEÑO METODOLOGICO	44
A.- TIPO DE ESTUDIO	44
B.- POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO	44
C.- PARTICIPANTES	44
D.- MUESTRA	45
E.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	45
F.- VARIABLES	46
G.- PLAN DE ANÁLISIS	48
H.- ASPECTOS ÉTICOS	49
VIII. RESULTADOS	50
IX.- DISCUSIÓN	65
X.- CONCLUSIONES	74
XI.- RECOMENDACIONES	76
XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
XIII.- ANEXOS	84

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nº 1. Distribución y frecuencia de casos identificados por maltrato infantil en los servicios de pediatría. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	48
TABLA Nº 2. Distribución por edad y sexo en casos identificados por maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	50
TABLA Nº 3. Distribución y frecuencia de casos identificados por mes de maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016	51
TABLA Nº 4. Distribución y porcentaje de tipos de maltrato infantil identificados. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016	52
TABLA Nº 5. Distribución porcentual por tipo de lesión y región anatómica afectada de casos por maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016	55
TABLA Nº 6. Distribución y frecuencia por agente causal de las lesiones identificadas por maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	57
TABLA Nº 7. Distribución y frecuencia de casos por maltrato infantil de acuerdo al lugar del hecho. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	59
TABLA Nº 8. Distribución y frecuencia de tipo de maltrato infantil de las lesiones provocadas por sujeto agresor. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” de abril a junio de 2016.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1. Distribución y porcentaje de casos identificados por maltrato infantil en los servicios de pediatría. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	49
GRÁFICO N° 2. Distribución por edad y sexo en casos identificados por maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016	50
GRÁFICO N° 3. Distribución y porcentaje de casos identificados por mes de maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	51
GRÁFICO N° 4. Distribución y porcentaje de tipos de maltrato infantil identificados. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016	53
GRÁFICO N° 6. Distribución porcentual por agente causal de las lesiones identificadas por maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	58
GRÁFICO N° 7. Distribución porcentual de casos por maltrato infantil de acuerdo al lugar del hecho. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” abril a junio de 2016.....	59
GRÁFICO N° 8. Distribución y porcentaje de las lesiones provocadas por sujeto agresor de maltrato infantil. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” de abril a junio de 2016	61



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO Nº 1: Ficha flujograma de atención al menor maltratado.....	83
ANEXO Nº 2: Flujograma de atención al menor maltratado hospital del niño.....	84
ANEXO Nº 3: Normativa general de atención hospitalaria hospital del niño.....	85
ANEXO Nº 4: Registro de atención en caso de maltrato infantil.....	91
ANEXO Nº 5: Aspectos Éticos.....	94
ANEXO Nº 6: Registro General de “Caracterización de casos de Maltrato Infantil A menores de 0 – 15 años, atendidos en el Hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría, La Paz, Bolivia, abril a junio de 2016”.....	100
ANEXO Nº 7: Instrumento.....	106

RESUMEN

Objetivo. Determinar las características de los casos de Maltrato Infantil a menores de 0-15 años, que ingresan a los diferentes servicios de pediatría del hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz en el período de Abril a Junio del 2016.

Material y métodos. En Abril a Junio de 2016 se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo, en los servicios de pediatría del Hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz.

Resultados. Se identificaron 73 casos por maltrato infantil en sus diferentes tipologías, en los servicios de pediatría del hospital clasificándolas en maltrato por acción 4%, maltrato por omisión 96%. Ingresaron 58% pacientes del sexo masculino y 42% pacientes de sexo femenino comprendidos en un rango de edad de 0 a 15 años. Los niños comprendidos con edad de 0 a 5 años representa 41.5% que sufren con mayor frecuencia de algún tipo de maltrato. Presentando lesiones como TEC 30% atribuido a las lesiones por caídas de altura por descuido, fracturas 7%, es decir, la cabeza es la región más afectada, estos hechos se producen dentro del hogar de manera accidental o por descuido de los padres.

Conclusiones: El maltrato por omisión de cuidados es el más común 96%, trabajo social es quien se encarga de remitir los casos de maltrato a la defensoría, que si ameritan serán valorados por un médico forense.

Palabras clave: maltrato infantil, acción u omisión, descuido/negligencia.

SUMMARY

Objective. Determine the characteristics of cases of child abuse to minors of 0-15 years, coming to the different services of Pediatrics, Children's Hospital Dr. Ovidio Aliaga Uría of the city of La Paz in the period from April to June of 2016.

Material and methods. In April to June 2016 a cross-sectional study was conducted, prospective, descriptive, in the pediatrics health services of the Hospital of the child. Dr. Ovidio Aliaga Uría of the city of La Paz.

Results. We identified 73 cases of child mistreatment in their different typologies, in the services of pediatrics hospital classified as abuse by action 4%, abuse by default 96%. Joined 58% male patients and 42% female patients included in an age range of 0 to 15 years. Children aged 0 to 5 years represents 41.5% who suffer with greater frequency of some kind of maltreatment. Introducing injuries such as TEC 30 % attributed to injuries caused by falls from a height by neglect, fractures, 7%, the head is the most affected region, these acts are occurring within the home of accidentally or by neglect of the parents.

Conclusions: The abuse by omission of care is the most common 96%, social work is the one who is responsible for referring cases of abuse to the Ombudsman, that if merit will be assessed by a forensic physician.

Keywords: Child abuse, action, omission, neglect/negligence.

I.-INTRODUCCIÓN.

El maltrato y la violencia son fenómenos mundiales, que rodean y caracterizan a nuestra sociedad actualmente, sin embargo si hablamos del maltrato infantil es un hecho que va en aumento en nuestra sociedad, es algo tan común que se hace parte del diario vivir, se calcula que alrededor del 50% de las familias sufren algún tipo de violencia.

El no diagnosticar a tiempo un caso de maltrato puede significar la muerte del niño, y puede ocurrir en cualquier etapa del desarrollo de su vida, de ahí nace la necesidad que los médicos y principalmente los médicos pediatras y personal de salud, conozcan sobre el maltrato e incluso puedan reconocer las características clínicas de las lesiones y el cómo actuar ante esta situación.

Existen diferentes maneras de cómo se puede maltratar a un infante los cuales pueden ser: física, psicológica, por abandono o negligencia o por abuso sexual. Todo tipo de maltrato tiene consecuencias a largo plazo.

El Maltrato físico y por omisión de cuidado, es una de las formas que se suma al fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima.¹

Cuando las necesidades del niño no le son satisfechas en forma intencional, debido a acciones ejercidas por un adulto o la sociedad misma, se presenta también el maltrato infantil pudiéndose afectar su crecimiento, su desarrollo o ambos y manifestándose en su aspecto físico y social. Por lo que se considera maltrato al menor, cualquier forma de relación agresiva de un adulto (padre, hermano, maestro,

¹ Martínez E, Reyes. Maltrato Infantil, un problema inquietante. Bol Med Hospital Infantil México. 50.557. 1993.[marzo,2016]

cuidador) con un menor, que afecta su desarrollo integral, ocasionándole traumas físicos, emocionales y psíquicos en forma temporal o permanente.^{2,3}

Las lesiones en piel y mucosas son frecuentes especialmente las equimosis y hematomas, arrancamiento de mechones de pelos, hasta incluso quemaduras, se puede decir que hay maltrato también cuando no se atienden las necesidades del niño como alimentación, salud, protección, afecto y cuidado. Sobre todo el cuidado en el aspecto físico ya que este puede incurrir en poner la vida del niño en riesgo, debido a los accidentes que se pueden producir.

En este sentido, uno de los elementos que cobra jerarquía médico-legal en la identificación del Maltrato Infantil sea este por acción u omisión es el examen físico de las lesiones que presentan los niño/as o adolescentes, acompañados de exámenes complementarios que se puedan realizar al paciente.

No debemos olvidar o dejar de lado que es importante dar a conocer quien o quienes son los probables agresores de maltrato, y así como los lugares donde se comete dicho acto de violencia.

Instituciones hospitalarias en los países con mayor desarrollo que cuentan con protocolos adecuados a sus propias realidades para el manejo de maltrato infantil, en nuestro ámbito los protocolos si es que existen, no son conocidos y utilizados adecuadamente por una serie de factores que van desde el temor a ser involucrados o que sean citados a las investigaciones de tipo legal, o porque simplemente no alcanza el tiempo adecuado para dedicar a cada paciente.

² Rodríguez M, Cerón M. 2009. Maltrato infantil. [En línea]. Disponible: <http://www.mipediatra.com/infantil/maltrato.htm>. [Marzo, 2016].

³ Rodríguez H. 1996. Síndrome del niño maltratado. Nosotros: Violencia y maltrato. [En línea].5.6-8. Disponible: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sindrome%20nino%20maltratado.pdf>. [Marzo,2016]

A muchos les es difícil creer y asumir la existencia de maltrato infantil, por lo que es necesario que la sociedad tome conciencia que el maltrato infantil es una realidad más frecuente de lo que aparenta, podríamos decir que es un fenómeno invisible, por lo general estos casos se hacen notables cuando hablamos de niños gravemente lastimados en los servicios de urgencia de los hospitales y éstos aparecen en medios de comunicación y causan conmoción pública, y salen a la luz, pero la mayoría no son denunciados, ya que los padres indican que los niños son inquietos y tienden a lastimarse o a sufrir caídas, es decir que cubren los hechos de maltrato con casos de accidentes, que para ellos son comunes a su edad.

En Bolivia los datos sobre maltrato infantil en sus diferentes tipologías son alarmantes, los casos se van incrementando cada año, este último tiempo se incrementó en un 50% en las principales ciudades del país, pese que tenemos códigos, leyes, e instituciones que protegen a los niños/as y adolescentes del país.

Finalmente, el presente trabajo, tratará de caracterizar los casos identificados por Maltrato Infantil a menores de 0 a 15 años de edad, en sus diferentes tipologías, por lo tanto se fundamentará en el uso de un protocolo de atención por maltrato infantil a pacientes que acudirán al Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, durante los meses de Abril a Junio del 2016.

Los resultados, conclusiones y recomendaciones, aportaran información esencial al momento de valorar el daño que se produce a las víctimas.

II.- JUSTIFICACIÓN

La importancia del Maltrato Infantil se centra en el número de denuncias que cada mes se presentan por este hecho, siendo un problema común en la actualidad, muchos ven el problema y no lo denuncian y esto hace que los niños y niñas sigan siendo maltratados y que los adultos causen daño al menor. Algunas víctimas sienten temor de hablar porque piensan o creen que es una forma de vida o de disciplina, por lo tanto este comportamiento es aceptable y el ciclo de abuso es continuo, se convierte en una evidencia de cómo los derechos de los niños/niñas o adolescentes son vulnerados, ya que muchas personas actúan de una manera ilegal al tratar de utilizar ciertos métodos de disciplina erróneos, o descuidan a su hijo/a, por el hecho que ellos se encuentran bajo la custodia de sus padres o tutores.

Cuando se realiza un diagnóstico temprano de lesiones sean estas físicas, indicando maltrato al niño/niña o adolescente se requiere la participación del pediatría, psicólogo, asistente social y el médico legista. En la mayoría de los casos siempre se realizará un diagnóstico preliminar a cargo del pediatra tratante, después el mismo tendrá que reportar el hecho para realizar el seguimiento del caso.

A todo lo expuesto, la finalidad del trabajo de tesis se basa en presentar un análisis e identificar y caracterizar los casos de Maltrato Infantil, utilizando como herramienta un protocolo de atención por Maltrato Infantil, para que la valoración sea más responsable de tal manera que se pueda disminuir y denunciar a tiempo los casos atendidos por maltrato infantil en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, de la ciudad de La Paz, durante los meses de Abril a Junio del 2016.

III.- ANTECEDENTES

El maltrato en el niño fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosio Tardieu, patólogo y profesor de Medicina Legal de la Universidad de París quien define por primera vez en su cátedra el maltrato visualizado en 32 autopsias de niños muertos por golpes y quemaduras. En 1879 Tardieu en el artículo "Estudio médico-legal sobre las sevicias y los malos tratos ejercidos sobre los niños" describió los signos clásicos del maltrato. En el mismo año, Johnson, analizando fracturas múltiples pone en vigencia el raquitismo, pero un análisis apunta al maltrato infantil. Posteriormente se encuentran descripciones de Caffey en 1946 radiólogo de Pittsburgh publicó el artículo titulado "Fracturas múltiples de huesos largos en niños portadores de hematoma subdural crónico" en el que se describe en detalle la historia de seis niños de entre 2 semanas y 1 año de vida con hematoma subdural crónico y con fracturas en huesos largos. A pesar de haber realizado un estudio en el que se descartó la etiología no traumática de dichos procesos, dicho autor no reconoció su verdadera etiología. En el año 1953 Silverman reconoció la causalidad traumática de esta patología, no obstante lo cual, concluyó en que habría algún factor individual que predispondría a algunos niños más que a otros a sufrir este tipo de lesiones. En 1972 se pone el nombre de niño sacudido; luego junto con Silverman establece el origen traumático de ellas. En 1962 Henry Kempe y colaboradores en el artículo "The battered child syndrome" establecieron la naturaleza traumática de carácter intencional del síndrome siendo ese el nombre con que en la literatura se conoce "síndrome del niño golpeado o maltratado o como también conocido "síndrome de kempe", aquel que presentaba una lesión ósea, con una lesión cutánea de tipo equimosis, magulladura, quemadura, en la misma región y cuya causa no hubiera podido ser especificada. Finalmente en 1963 Fontana incluye en el maltrato infantil a todo menor de 18 años que experimente daño físico, psíquico, abuso sexual o de privación de sus cuidados básicos por parte de padres o responsables de su bienestar.^{3,4,5}

³ Rodríguez H. 1996. Síndrome del niño maltratado. Nosotros: Violencia y maltrato. [En línea].5.6-8. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sindrome%20nino%20maltratado.pdf>. [Marzo, 2016]

A.- SITUACIÓN MUNDIAL DEL MALTRATO INFANTIL

En el mundo 275 millones de niños y niñas son víctimas cada año de violencia, abusos y abandono en la familia, la escuela, la comunidad y las calles. En América Latina y El Caribe, sufren a diario maltrato físico o psicológico, una encuesta realizada en 16 países por la psicóloga de UNICEF en el año 2009 indica que el 80% de los adultos practica violencia corporal para imponer disciplina, un punto repetitivo es que son padres o tutores maltratados en su niñez.^{2,6}

En Chile, el maltrato a menores de 18 años que provoque lesiones graves o menos graves constituye delito, por lo cual está sujeto a un procedimiento penal. Los datos disponibles indican que la mayoría de las víctimas son niños y niñas menores de 18 años, estimándose que representan cerca del 80% de los casos. De ellos, las más afectadas son las niñas. Sobre la relación entre la víctima y el victimario, los datos recogidos por el Servicio Médico Legal entre el 2000 y 2002, muestran que en el 79.9% de los casos el agresor sexual es un conocido de la víctima; de ese total, el 44.1% corresponde a familiares.¹¹ El año 2012, muestran que un 71% de los niños y niñas entrevistados(as) ha recibido algún tipo de violencia por parte de sus padres y que un 51,5% ha sido víctima de violencia física y con lesiones graves.⁷

En Colombia durante el año 2002, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 64.979 dictámenes de lesiones personales a causa de la denuncia instaurada a nivel judicial por casos de violencia 16% a maltrato infantil. El mayor porcentaje de variación en relación con los casos ocurridos durante el año 2001, fue

⁴ Tamayo Meneses Luis. Texto de la cátedra de Pediatría. Maltrato Infantil. 3º Edición. Pág. 373. La Paz, Bolivia. 2007.

⁵ Patito, José Ángel. Medicina Legal: Violencia Familiar. Ediciones centro norte. Pág. 385-396. Buenos Aires, Argentina. 2000.

² Rodríguez M, Cerón M. 2009. Maltrato infantil. [En línea]. Disponible en: <http://www.mipediatra.com/infantil/maltrato.htm>. [Marzo, 2016].

⁶ Anónimo. 2010. El maltrato infantil es práctica tolerada en América Latina y el Caribe. [En línea]. Disponible en: http://www.onu.org.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=175&Itemid=1. [Febrero, 2016]

¹¹ Cecilia molledo c Mayra miranda. protegiendo los derechos de Nuestros niños y niñas. Prevención del maltrato y el abuso sexual infantil en el espacio escolar manual de apoyo para profesores fundación de la familia ministerio de justicia, Chile, 2004 [marzo 2016]

⁷ Ministerio de Salud de Chile. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. guía clínica Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Santiago de Chile 2013. [En línea]. disponible en: www.minsal.cl y www.unicef.cl [Enero, 2016]

28 % al maltrato infantil. Se manifiesta de diversas formas: física, psicológica y sexual.⁸

Anualmente en Colombia se maltratan dos millones de niños, en 2004 se recibió 13.685 denuncias de maltrato físico, mientras que hasta septiembre de 2005 se reportaron 16.099 casos, es decir, un aumento de 17%. Además, más de 670 murieron por accidentes, 1008 recibieron diferentes lesiones, casos reportados a Medicina Legal, 9.847 corresponden a maltrato infantil, las víctimas de delitos sexuales 84,3% son menores. De ese total, 84% de las víctimas en dicho período fueron niñas.⁹

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el año 2006 evaluaron 61.015 víctimas por violencia el 17,5% fueron menores de edad, comprendidos entre 0-4 niñas 14, 68%, niños 22, 31%, de 5-9 niñas 33,50% y niños 22,31%, 10-14 niñas 31,15% y niños 32,00%. En los casos evaluados de manera directa por los profesionales del Instituto, el mayor número de maltratos fue cometido por el padre 33,4% y por la madre 29,3%. El mecanismo más frecuentemente usado para realizar un daño físico es el contundente con 68,1% le sigue el cortocontundente 7,6% y resalta también la cifra reportada por quemaduras por sólidos calientes 1,4%. En muchos de los casos al castigar al menor se producen lesiones principalmente en las extremidades 28,2%, es el sitio del cuerpo de mayor acceso para el agresor, politraumas 26,8%, 19,2% casos reportados como trauma facial.¹⁰

En Costa Rica el número de casos evaluados en la Sección de Clínica Médico Forense del Poder Judicial, crece año con año. Entre el 81 y el 92% de los pacientes

⁸ González Ortiz Jorge o. Violencia intrafamiliar: una forma de relación, un asunto de derechos humanos. PDF. Pág. 65. Colombia, 2002. [Enero, 2016]

⁹ Lago Barney Gabriel - Rojas Guerrero Germán - Posada Vidales Augusto - Montúfar Neira Margarita. Síndrome de maltrato infantil. Pdf. Pág. 32-53. Bogotá, Colombia, 2006 [Marzo, 2016]

¹⁰ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: maltrato al menor. Pág. 92-99. Colombia, 2006 [Enero, 2016]

maltratados tienen lesiones de partes blandas, pero menos del 10% de estas son de tipo “patrón”.¹²

El trauma craneoencefálico es la causa más frecuente de muerte en menores. Un 95% de las lesiones intracraneanas severas y un 64% de todas las lesiones craneoencefálicas en menores de un año, son atribuidas a alguna forma de maltrato infantil. Además, el 80% de las muertes por TCE en menores de dos años, se produce por lesiones no accidentales.¹²

Aunque es frecuente que los niños sufran caídas, es muy poco común que presenten lesiones graves secundarias a esas. Según un estudio que involucró a 782 niños menores de cinco años de edad, que habían sufrido precipitaciones accidentales desde una superficie elevada, como cama o sofá, 3 presentaron fracturas de clavícula; 6, fracturas de cráneo; 1, fractura de húmero y 1, hematoma subdural. En otro estudio de 76 niños que se habían precipitado de una cama, cuna o silla de altura entre 1 y 3 pies, un 18% presentó hematomas faciales o craneales; un 12%, laceraciones en la cabeza, y se vio una fractura de cráneo no desplazada y una fractura de hueso largo. En un estudio de King y colaboradores, de 189 niños maltratados se encontró que el 60% tenían lesiones en el húmero, fémur y tibia, también hubo en el radio, cráneo, columna vertebral, costillas, cúbito y peroné (en orden decreciente de frecuencia). Entre el 75 y el 90% de casos de niños agredidos que involucraron una sacudida violenta, se produjo una Hemorragia retiniana difusa, estima que el 25% de los niños víctimas de malos tratos o negligencia, han sido sometidos a abusos sexuales mayor riesgo en las niñas que en los niños.¹⁴

Revisando la bibliografía hace muchos años en España se realizó un estudio sobre maltrato infantil en la familia, analizando los 32.741 expedientes. Según dicho

¹² Madrigal-Ramírez, Édgar Alonso. Aspectos médico legales del síndrome del menor agredido. Acta Médica Costarricense, vol. 52, núm. 4, octubre-diciembre, 2010, pp. 203-210. San José, Costa Rica, 2010. [En línea] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43414899005> [Marzo, 2016]

¹⁴ Centro Reina Sofía: Informe maltrato infantil en la familia, España (1997-1998). Serie documentos 4, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2002. [Marzo, 2016]

estudio, se distingue cuatro tipos de maltrato: físico, emocional, negligencia y abuso sexual. Lo más común es la negligencia (omisión de una acción necesaria para el bienestar y desarrollo de un menor), con 9.629 casos, es decir, supone el 86,4% de los casos analizados. Seguido se encuentra el maltrato emocional con un 35,4%; le siguen el maltrato físico con un 19,9% y el abuso sexual con un 3,6%.^{13, 14,15}

Otro estudio donde se obtienen datos similares, siendo la negligencia o abandono (78,5%) el tipo de maltrato más frecuente, seguido de los malos tratos psicológicos (43,6%), los malos tratos físicos (27%) y la explotación laboral (9,3%). El maltrato prenatal se identificó en un 3,1% de los casos, el sometimiento sexual en un 2,1%, el sometimiento químico-farmacéutico en un 1% y la explotación sexual en un 0,7%. La proporción de niños maltratados es algo superior a la de las niñas (57,2% versus 42,8%). El 16% de los niños maltratados tienen 2 años o menos; los grupos de edad de 2-3, 3-4, 4-5 y 5-6 representan cada uno de ellos del 5 al 6% del total de niños maltratados. En torno al 70% de los casos detectados habían sido maltratados por el padre, mientras que en un 82% había sido maltratado por la madre y un 12,3% había recibido malos tratos de otros familiares.¹³

El tipo de maltrato notificado con más frecuencia es la negligencia o cuidado inadecuado, registrado en el 66,1% de las notificaciones. En una cuantía menor se notifican los casos de maltrato emocional (12,6%) y maltrato físico (14,8%), siendo los más infrecuentes las notificaciones de abuso sexual (6,4%).^{13, 16}

En la ciudad de Guadalajara, México se realizó un estudio, en dos períodos diferentes en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Zona No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Hospital Regional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el objetivo, fue la detección precoz de maltrato en niños.⁽¹⁷⁾ Los servicios de urgencias son los lugares más apropiados para detectar las lesiones causadas por maltrato, las lesiones típicas de

¹³ S. Millán et al. Victimología infantil. *Cuad Med Forense* 12(43-44):7-19.Pdf .Enero-Abril 2006. [Marzo, 2016]

¹⁶ Ruiz Díaz, Miguel Ángel .Maltrato Infantil: Protocolos de Actuación.2.ª Edición revisada y actualizada. Pág. 25. Madrid - España, 2008. [Marzo, 2016]

maltrato se deben buscar intencionadamente y en la exploración física se debe de buscar equimosis, cicatrices, mordeduras, hematomas o quemaduras, hemorragias retinianas por sacudidas violentas, los tipos de lesiones son muy variadas e incluyen golpes y quemaduras, lo golpes se aplican con diversos objetos por lo que son diferentes las lesiones, el mecanismo de producción de los traumatismos más frecuente son los golpes, caídas, marcas de cinturón, mordidas, patadas, azotes contra el suelo o las paredes y hasta con objetos cortantes. Las quemaduras se las producen con cigarrillos, líquidos, planchas.

Los resultados de este estudio fueron 59 casos sospechosos de maltrato, los tipos de lesión más comúnmente encontrados son; Traumatismos craneoencefálicos 20.36%, Intoxicaciones 13.56%, Fracturas 13.56 %, Desnutrición 8.48 %, Abandono 5.08 %, Caídas 5.08 %, Lesión en la mano 5.08 %, Atropellamiento 3.39 %, Quemaduras 3.39 %, Codo y hombro de niñera 3.39 %, Heridas punzocortantes 1.69 %, Contusiones 1.69 %, Lesiones en genitales 1.69%.¹⁷

En Perú se realizó un estudio en el hospital general, dando como resultado el abandono y/o negligencia el 62%, abuso físico 24%, maltrato emocional 10%, abuso sexual 7%, otras formas de maltrato 9%, en estos tipos de maltrato pueden coexistir dos o más en un mismo caso. Las lesiones encontradas fueron desde equimosis 16%, hematomas 50%, fracturas 3,3%, quemaduras por ladrillo y cigarro 3,3%, violación 10%, también se encontraron lesiones internas y exociraciones en menor porcentaje. Topográficamente el craneo sufre mayor traumatismo 16,6%, cara 13,3%, torax 50%, abdomen 13,3%, pelvis 3,3%, extremidades 96,6%. Referente al agresor las madres maltratan más que los padres.¹⁸

Un estudio realizado en Uruguay, resultó que el 61,2% de los ingresos al hospital Pereira de Montevideo correspondieron a maltrato físico, los menores de 5 años

¹⁷ Avalos Huizar Xóchitl Adriana. Síndrome de maltrato al menor. Capítulo no. 32 PDF. Pág.1-12. México, 2006. [Marzo, 2016]

¹⁸ Carmona Chávez Jorge. Castro morales Jorge. Revista de neuro psiquiatría: el síndrome del niño maltratado. pág. 101-102. Lima Perú. [Marzo ,2016]

fueron 56,2% de los casos; de 5 a 10 años 26,3%, de 10 a 15 años se encontró el 17,5% restante. En cuanto a la distribución por sexo, mujeres 50,4% y varones 49,6%. Presentaron un buen estado nutricional 80,3%, 19% eran desnutridos. Según el tipo de maltrato 16,8% fueron de abandono físico o maltrato físico por omisión y maltrato físico por acción 83,2%. Las lesiones encontradas en el maltrato físico por acción fueron: lesiones de partes blandas, hematomas, equimosis, 67,1%; traumatismo encéfalo craneano (TEC) 18,9%; lesiones óseas 8%, traumatismo de tórax 5,8%; traumatismo abdominal 4,4%. Se registraron tres intoxicaciones y un solo caso de quemadura.¹⁹

Con respecto al adulto agresor la madre fue la agresora 35,1%, el padre 24,8%, ambos padres 3,6%, padrastro 16,9%, otros familiares 9,5%, se comprobaron 6 casos de maltrato grave que requirieron traslado a UTI, cuatro presentaban TEC grave, uno por traumatismo abdominal y un caso de intoxicación por benzodiazepinas.¹⁹

En 11 niños se diagnosticó maltrato físico en ausencia de lesiones, en base a decisiones judiciales basadas en otros medios probatorios (testimoniales, investigación social). El destino de los niños de esta muestra fue: en 84 casos (61,3%) reintegro a su domicilio; 27 (19,7%) ingreso a defensorías, 15 (10,9%) quedaron a cargo de un familiar¹⁹

Se identificaron 38,8% a abuso sexual. La edad varió entre 1 año y 14 años, 34,5% eran menores de 6 años; 51,7% tenían entre 6 y 12 años y 13,8% mayores de 12 años. El 24,2% de los casos el agresor fue el padre sustituto, padre biológico en 11 12,6%, otros familiares 27,6% como hermano, abuelo, tíos, primos.¹⁹

¹⁹ Dres. Gabriela Bellinzona, Marcelo de cuadro, Gloria charczewski, Ivonne rubio maltrato infantil y abuso sexual análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados En el centro hospitalario Pereira Rosell en el período 1/1998-12/2001. Rev med Uruguay pág. 59-67. Montevideo, Uruguay. 2005 [marzo, 2016]

En Venezuela un estudio realizado durante 10 años (2000 al 2010) se identificó que las lesiones cutáneas: son las de mayor frecuencia, los traumatismos craneanos, representan el 25% de los niños golpeados, más frecuente en niños menores de 2 años, primera causa de muerte por trauma no accidental. Lesiones óseas: representan la segunda lesión más frecuente un 33% representa el 11 al 15% fractura de huesos largos, 5 % fracturas costales, 2 al 6 % fracturas de clavícula, 3% fracturas de la columna vertebral.²⁰

B.- SITUACIÓN EN BOLIVIA DEL MALTRATO INFANTIL

En 83% de los hogares en Bolivia, niños y niñas fueron castigados por alguna persona adulta, según datos publicados en un estudio sobre “Violencia contra la Niñez en Bolivia”, para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Nacional de Estadística (INE), basados en los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para el 2003, develan que más de 75% de madres biológicas castigan a los niños y niñas, frente a 53% de los padres biológicos.

Los departamentos de Cochabamba 85,6%, Chuquisaca 84,3% y Potosí 83,7%, constituyen las regiones donde se registra el mayor porcentaje de niñez que recibe las diferentes forma de castigo.²¹

Según datos del consultorio forense del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) de la ciudad de Sucre en la gestión 2003, las edades más frecuentes de maltrato infantil comprendieron de 0 a 10 años. Las lesiones encontradas fueron 56% en cara, 12% lesiones en cráneo, 5% lesiones en cuello, 14% en tórax, 5% abdomen, 25% miembros superiores, 30% miembros inferiores, 4% genitales.^{24,25}

²⁰ Castro Dayana. Crisculo Esteban. Universidad de Los Andes. Síndrome del niño maltratado. [En línea] Disponible en: www.intramed.net Vol. 3 / Número 1. Pág., 1-3. Mérida-Venezuela, 2010 [Marzo, 2016]

²¹ Estudio de “Violencia contra la Niñez”: NIÑOS Y NIÑAS SUFRIERON CASTIGOS EN 83% DE LOS HOGARES BOLIVIANOS .NOTA DE PRENSA INE 2007. EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE), disponible en : <http://www.ine.gov.bo> [Marzo, 2016]

²⁴ A.R. Peducassé, Estudio de la Violencia física Infantil en el consultorio Forense de Sucre en J. Nuñez de Arco & H. Carvajal (2004) Violencia Intrafamiliar: Abordaje Integral a Víctimas. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria.USFX.p.221 – 226.

²⁵ Jorge Nuñez de Arco Mendoza & A.R. Peducassé. Victimología y Violencia Criminal. Un enfoque Criminológico y psicológico. Capítulo 10: Violencia Contra el Menor. Pág. 173-188. Sucre, 2004.

Respecto a la violencia sexual se identificaron 4% entre 1 a 5 años, 8% entre 6 a 10 años, y 89% entre 11 a 14 años, 33% con lesiones recientes, 10% con desgarros antiguos, 8% sin lesiones.²⁴

Se realizó un estudio en el año 2003, mediante la realización de encuestas, en la población infantil comprendida entre 5 y 14 años de edad, en diferentes localidades del área de Coripata, Provincia Nor-Yungas, Departamento La Paz, se obtuvo una muestra al azar de 300 niños, 5 a 14 años, de las diferentes comunidades, 147 fueron de sexo femenino y los restantes 153 fueron de sexo masculino.

Del total de la muestra, 135 niños sufren de Maltrato Infantil en sus diferentes formas, tomando en cuenta el maltrato físico, la de privación nutricional y la negligencia, sólo se excluyó de este trabajo el abuso sexual, debido a su difícil evaluación, por lo que la frecuencia global de Maltrato Infantil encontrada fue de 45,1%. Se encontró que el sexo más afectado es el femenino con un 67%, la edad más afectada fue la comprendida entre los 5 y 6 años, con un porcentaje de 52,63%; de 6 a 7, años el porcentaje fue de 45%; de 7 a 8 años, fue de 43,75%; de 8 a 9 años, fue de 30%; de 9 a 10 años, fue de 42,86%; de 10 a 11 años fue de 41,66%; de 11 a 12 años, fue de 23,53%; de 12 a 13 años fue de 20%; y finalmente de 13 a 14 años, se halló un porcentaje de 19,56%.

Dentro de los agresores responsables del Maltrato Infantil, la mamá es la responsable en 103 casos del total, un 34,33%, seguidamente se encuentra el hermano mayor con un 32,66%, es decir 98 casos, en tercer lugar se encontraría el padre representado por un 22% (66 casos) y finalmente con un 11%, es decir 33 casos, se encuentran otros familiares o profesores.

En relación al maltrato infantil en Bolivia, un estudio realizado por la Dirección General de la Niñez y la Adolescencia, revela que a nivel nacional, 7 de cada 10 menores son maltratados físicamente en sus hogares y 8 de cada 10 en la escuela y el ámbito laboral.²²

En el año 2004 las cifras de maltrato infantil en nuestro país fueron de 16422 casos, la Defensoría de la Niñez para ese año registro 15555 casos a nivel nacional. De acuerdo a la plataforma de Atención Integral a la familia atendieron 5237 casos de violencia infantil, el 2006 la cifra se duplico a 7266 casos, para el 2007 se atendieron 7422, pero afortunadamente el porcentaje bajo y se registró 3278 casos hasta el mes de mayo del 2008, en la ciudad de Cochabamba en la Defensoría de la Niñez se registraron 356 denuncias por maltrato físico y 667 por maltrato físico y psicológico.

Un trabajo realizado en el 2009 por la Dra. Odalis Peredo ⁽²³⁾ que fue la detección de casos de maltrato físico infantil en el hospital del niño “Manuel Ascencio Villarroel” de la ciudad de Cochabamba, dio como resultado que de 1106 pacientes internados 26 fueron identificados por maltrato físico infantil que representa el 2% en la gestión 2008 -2009, las edades comprendidas están el 4% de recién nacido, 19% lactantes menores, 8% lactantes menores, 27% edad preescolar, 23% edad escolar y el 19% adolescentes. De esos 26 pacientes del sexo femenino representa el 54% y sexo masculino 46%.²³

Las lesiones encontradas fueron hematomas el 16%, fracturas 22%, lesiones en piel 6%, excoriaciones 13%, quemaduras 13 %, equimosis 9%, lesión genital 21%, de los 26 pacientes el 7% tuvieron lesiones graves, referente a la localización de las lesiones están se encontraban el 37% en cabeza, 7% en cara, 7% pabellón auricular, 7% tórax, 3% en abdomen, 23% genitales, 3% glúteos, 13% extremidades. Se identifica que las especialidades que atendieron estos casos fueron trabajo social,

²² Antonio Edgar Moreno Valdivia. Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil. Rol social de las defensorías. Maltrato infantil y el rol social de las Defensorías. La Paz - Bolivia, 2004. [marzo, 2016]

Psicología, Neurología, Ginecología con mayor frecuencia, si hablamos de los agresores resulta de la madre con el 26% produce maltrato a su hijo, seguido con el 19% de personas desconocidas y en tercer lugar el padre con el 15%. De los 26 casos identificados de maltrato físico infantil 24 hicieron la denuncia en las defensorías y 2 casos no la realizaron.²³

Para el 2012 un análisis de Defensa de Niños Internacional para Bolivia afirmaron que en la ciudad de La Paz 7 de cada 10 familias existía violencia contra los niños y que 6 de cada 10 niñas eran agredidas sexualmente, la defensoría del pueblo de la ciudad de La Paz en su informe para ese mismo año indica que el 83% de los niños y niñas y adolescentes sufren violencia en sus hogares y escuelas atreves del castigo físico, el 77% los padres son los agresores. En la ciudad del El Alto de enero a agosto del 2013 se registró 22 casos de violaciones a niñas ejercidas por los padres. En la ciudad de Santa Cruz se registraron 138 casos de abandono, 16 denuncias por lesiones, y 417 denuncias de maltrato físico a niños y adolescentes.

En el primer trimestre de enero a marzo del 2014 la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia del Gobierno Autónomo municipal de la ciudad de La Paz, realizo un informe indicando que el maltrato psicológico es el más denunciado, el cual representa el 31% de los casos, el maltrato físico representa un 8% siendo este por palmadas, bofetadas, jalón de orejas y golpes con chicote, correa y palo las formas más frecuentes, durante ese tiempo se registró, un Infanticidio, 51 casos de lesiones graves y leves, 5 de lesiones gravísimas, 70 denuncias de Maltrato físico, Maltrato psicológico 522 casos la cual presenta amenazas, insultos, humillaciones y prohibiciones. La defensoría del pueblo de agosto a diciembre indicaba que el 26% de casos de maltrato fueron internados por maltrato físico y psicológico, el 35%

²³ Dra. Odalis Mirtha Peredo Zelada. R III Pediatría. Trabajo de grado para la obtención del Título de Especialista en Pediatría. Detección de casos de maltrato físico infantil en el hospital del niño "Manuel Ascencio Villarroel" Cochabamba, 2009. Cochabamba – Bolivia, Marzo del 2009. [Marzo, 2016]

fueron casos de abandono e irresponsabilidad paterna/materna estos casos comprendían las edades entre 0 a 12 años.

El 83% de los niños, niñas y adolescentes de Bolivia son castigados física y psicológicamente, 6 de cada 10 recibe maltrato físico y 4 de violencia sexual, son los datos recolectados de UNICEF para el año 2015.

En las ciudad más pobladas del país como Santa Cruz se registra el 36% las víctimas son niñas y adolescentes, la ciudad de La Paz representa un 22% y Cochabamba 20%, siendo así que el 62% son personas de su entorno que producen la violencia y el 32% desconocidos , estos datos son por violencia sexual, la defensoría de la Niñez de la ciudad de El Alto registró 7500 denuncias de niños maltratados, reporta que la edad más vulnerable es de 12 a 17 años para ser víctimas de violencia sexual. Respecto al maltrato físico el 68% fueron niñas y adolescentes y el 58% son niños y niñas de 0 a 5 años a nivel nacional se registraron 504 denuncias para el año 2015, los datos siguen siendo alarmantes.

C.- SITUACIÓN EN EL HOSPITAL DEL NIÑO SOBRE MALTRATO INFANTIL

Durante el trimestre de la gestión 1992 el Dr. Sandoval ⁽²⁷⁾ realizó un estudio en la sala de neonatología del Hospital del niño donde 5 casos fueron identificados como maltrato infantil, el primer caso fue un neonato de 26 días de vida con quemaduras afectando el 20% de superficie corporal, fueron causadas por el padre de manera intencional, el segundo caso fue de un neonato de sexo femenino de horas de vida que fue abandonado, el tercero resulto un neonato de sexo masculino de 4 días de vida con cefalohematoma producida por sus padres, el cuarto caso al igual que el segundo resulto abandono y el último paciente masculino de 39 días ingreso por fracturas temporo-parietal derecha, equimosis en las cuatro extremidades, fractura

de bóveda de cráneo, fractura de clavícula y tórax, tal violencia ejercida por el padre.²⁷

Un estudio realizado durante el año 1992 de abril a septiembre por el Dr. Onostre y el Dr. Sandoval⁽²⁶⁾ en el hospital del niño de la ciudad de La Paz, el cual se denominó Síndrome del Niño Maltratado, donde incluyeron a niños de 0 a 14 años, tuvo como resultado 47 casos, el 57% sexo masculino y 43% sexo femenino, siendo la madre como la primera agresora con el 38% seguido del padre con 19% y en tercer lugar la madrastra o padrastro con 17%, las lesiones más frecuentes encontradas 43% ocasionadas por golpes de puños, patadas, palos, correas y cuerdas, caracterizado por hematomas, alopecia por arrancamiento, fracturas, el 32% por Negligencia de los padres, el 11% intoxicaciones, 9% violaciones, 4% abandono y 2% quemaduras.²⁶

En el año 2000 el Dr. Sandoval, Dr. Mejía y la Dra. Salazar⁴⁹ realizaron un trabajo registrando 422 casos de niños menores de 10 años accidentados, de los cuales fueron varones el 55%, la edad promedio fue de 5.3 años. En el 84% de los casos el niño no se encontraba con sus padres y en un 56% se encontraba al cuidado de otro menor de edad. El 20% de los pacientes tenía antecedentes de accidentes previos en los últimos 6 meses. Las causas más comunes fueron: caídas 36%, quemaduras 20%, accidentes de tráfico 15.4%, envenenamientos 6% y mordeduras de animales 4.5%. Según el tipo de lesión producida fueron: heridas 31%, quemaduras 17%, fracturas 16% y el resto lesiones superficiales.⁴⁹

Durante los meses de julio a septiembre del 2001, el Dr. Paulsen²⁸ realizó un estudio referente a los accidentes en niños, los lugares más frecuentes fueron; el domicilio y lugares de recreación 64,5%, 5% el colegio, 41,5% mientras jugaban y 17% retornaban su domicilio, el accidente más común fue los accidentes de traumatismo craneo encefálico (TEC), fracturas, quemaduras, heridas, el 2% mordeduras de

²⁷ Dr. Oscar Sandoval Morón. Maltrato en el Recién Nacido. Rev. Soc. Bol. Ped. 1998; 37(2): Pág. 55-59.PDF. La Paz – Bolivia 1998. [Enero,2016]

²⁶ Drs. Raúl Onostre Guerra, Oscar Sandoval Morón. Síndrome del niño Maltratado. Rev. Soc. Bol. Ped. 1994; 33(1): Pág. 13-19.PDF. La Paz – Bolivia 1994. [Enero,2016]

⁴⁹ Drs. Viviana Salazar Cuba, Oscar Sandoval Morón, Héctor Mejía Salas. Prevalencia y mortalidad por accidentes en niños menores de 10 años Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". Rev. Soc. Bol. Ped. 2002; 41 (3): 120-124. [Abril, 2016]

perro. La causa más común fueron las caídas de altura mayor a un metro en 14%, menores a un metro 5,5%, intoxicaciones 2, 5%, accidentes de tránsito el 7%. Estas lesiones no están asociados a Síndrome de Kempe.²⁸

El Hospital del Niño “Ovidio Aliaga Uría”, el 2013, recibió, en promedio, uno o dos casos de violación al mes, en su mayoría niñas de 7 y 14 años. Lo mismo ocurre con el maltrato físico, entre enero y junio, 39 fueron niñas de 0 y 14 años, 35 casos de 0 y 10 años. En total fueron 177 casos de menores víctimas de maltrato físico o sexual, 3 de ellos reportaban heridas por arma de fuego supuestamente de manera accidental, casos de niños con heridas punzocortantes, las edades comprendidas fueron de 5 y 10 años, en casos de violencia sexual fueron desde tocamientos, intentos de violación y aquellos que fueron consumados y terminaron en lesiones físicas, para ese año se reportaba que cada 48 horas el hospital del niño recibía un caso de maltrato.

Entre enero y junio del 2014 según los datos del hospital del niño se identificaron por maltrato 12 niñas y 5 niños entre las edades de 0 a 1 años, 11 niñas y 10 niños de 1 a 4 años, 12 niñas y 5 niños entre 5 a 10 años, y 4 niñas y 1 niño entre las edades de 11 a 14 años.

Para el 2015 se atendieron 23 casos de Maltrato Infantil se reporta 16 mujeres y 7 hombres con un rango de edad de 0 a 15 años, de estos 23 casos 15 fueron por abuso sexual y 8 por abuso físico, 8 por intoxicaciones, siendo pediatría general, cirugía, traumatología, neurocirugía, neumología y gastroenterología, los servicios pediátricos que atienden con más frecuencia casos de maltrato infantil.

El Hospital del Niño registra los casos de maltrato físico bajo el denominativo “Síndrome de Kempe”, mediante el cual se identifican lesiones que no pueden ser accidentales, pero si provocadas de forma directa al menor. Actualmente el hospital

²⁸ Drs. Kurt Paulsen Sandi y Col. Factores de Riesgo para accidentes en niños. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. Rev. Soc. Bol. Ped. 2003; 42(2): Pág. 86-92.PDF. La Paz – Bolivia 2003. [Enero,2016]

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

del niño cuenta con un médico legista, del cual su desempeño depende directamente de la unidad de trabajo social, unidad de gestión de calidad y auditoría médica y de la dirección del hospital del niño, dentro de sus funciones está la identificación de casos de Maltrato Infantil, así como funciones estipuladas en su normativa interna en los artículos 5-6 inciso a, b, c. (Ver Anexo N° 3)



IV.- MARCO TEORICO

A.- DEFINICIONES

1.- Maltrato Infantil

Toda agresión física y emocional, abuso sexual, descuido, negligencia u omisión, explotación comercial o de otro tipo, siempre intencional, no accidental realizada habitual u ocasionalmente sin importar el espacio físico donde ocurra, contra niños y jóvenes, desde la etapa prenatal y que afecte su integridad biopsicosocial, ejecutadas por una persona, institución o sociedad en el contexto de una relación de confianza, de superioridad física y/o intelectual y/o poder.³¹

Se entiende por "maltrato infantil" al abuso o injuria emocional y /o abuso sexual y /o trato negligente provocado por la o las personas encargadas de su cuidado.⁵

Maltrato Infantil con este nombre se engloban una variada serie de violencias de que son víctimas los niños de corta edad y que pueden conducir a un estado de subdesarrollo físico y mental con gran invalidez, y a veces raramente la muerte.³⁸

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, abuso sexual al niño (a) por parte de sus padres, representantes legales, o de cualquier otra persona que lo (a) tenga a su cargo 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.³⁹

³¹ DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) Datos estadísticos referentes a menores maltratados durante el año 2009, Dirección General Jurídica y de enlace institucional.[En línea] Disponible en: <http://www.dif.gob.mx/Estadisticas/default.asp?id=4&mnu=4> [noviembre de 2015]

³⁸ J. A. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. Capítulo 37: Violencia Familiar. 6ª Edición. Editorial Madison. Buenos Aires Argentina, 1999. Pág. 488 – 492.

³⁹ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C: OMS; 2003. [Marzo,2016]

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años de edad que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.⁴⁰

El concepto de Maltrato contra la infancia está reflejado en Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas en la que los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra “ toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.⁴¹

Constituye maltrato todo acto de violencia ejercido por padres, responsables, terceros y/o instituciones, mediante abuso, acción, omisión o supresión, en forma habitual u ocasional, que atente contra los derechos reconocidos a niños, niñas y adolescentes por las leyes; violencia que les ocasione daños o perjuicios en su salud física, mental o emocional.⁴²

Maltrato infantil: “ Se entiende por síndrome de maltrato infantil (SMI) a todas las lesiones físicas y/o psicológicas no accidentales, abuso sexual, falta de amor y trato negligente de todo menor de edad por acción u omisión de sus padres, de la persona encargada de su cuidado y custodia o por cualquier otro adulto. Implica peligro o

⁴⁰ Mariana Mojarro Iñiguez. Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. México, 2006. Pág. 26 – 30. [Febrero, 2016]

⁴¹ Convención sobre los Derechos del Niño · UNICEF Comité Español. Madrid, España, 2006. Pág.16. [Enero, 2016]

⁴² Art.108 Ley 2026 CNNA de Bolivia. La Paz, Bolivia. 2010. [Noviembre,2015]

amenaza para la salud y bienestar físico, emocional, mental y social del niño, niña o joven que lo priva de su libertad y derechos como individuo”.³²

2.- Abuso Físico

El abuso físico comprende las lesiones corporales infringidas por los padres o cuidadores a un menor de forma intencional como un comportamiento único o repetido.³³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Toda forma de agresión que causa daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas.³⁹

El DIF. Es la agresión física que produce lesiones corporales en el o la menor, como son: hematomas, quemaduras, fracturas, daños abdominales, en el cráneo o envenenamiento; causados con manos, pies y diversos objetos (cinturones, cables de luz; palos, cigarrillos, tubos, agua caliente, así como diversas sustancias dañinas al organismo).³¹

La Comisión Nacional de Derechos Humanos. El maltrato o abuso físico se refiere a los daños físicos infligidos a un niño por alguna persona responsable de su cuidado. No es necesario que los daños sean infligidos de manera intencional.⁴⁰

El Abuso físico es el uso de la fuerza física por parte de padres, cuidadores o convivientes adultos, con el objeto de castigar al menor, provocándole un daño físico *intencional y no accidental*, que origina lesiones de diversos tipos y gravedad (equimosis, hematomas, quemaduras, mordeduras, fracturas, etc).⁵

³² Delgado A. Grandes síndromes en pediatría. Maltrato en el niño. España 1996. [Febrero, 2016]

³³ Gallegos L, Miegimolle M, Planells, P. Manejar de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta Odontológica Venezolana.PDF. 2002. 40(3)[Febrero,2016]

Se entiende como “cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el/la niño/a y adolescente o le coloque en grave riesgo de padecerlo”.⁴³

3.- Síndrome de Niño Maltratado

El síndrome del Niño Maltratado, es una de las formas que sume el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima.¹

El Síndrome del niño maltratado es una enfermedad social que se refiere a la lesión, física o mental, infligida a un niño por parte de los padres, tutores o responsables de su cuidado, tanto si el descuido es intencional o no.³⁴

Síndrome de maltrato infantil desde punto jurídico se llama sevicias, desde un punto pediatría médico legal se la clasifica bajo 2 formas clínicas:

- a) **Síndrome de Caffey-Kempe**, de observación fundamentalmente radiológica donde se pueden encontrar fracturas, fisuras, luxaciones o subluxaciones de diferentes grados de evolución producto de traumatismos, también se observan hematomas, excoriaciones, úlceras, lesiones en cuero cabelludo y otros.³⁵

⁴³ Itziar de Araluze Lanzagorta y Col. Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Clínica Forense de Bilbao. Portugal, 2000. Pág. 14 – 26. [Marzo, 2016]

³⁴ Grandini Gonzalez Javier. Medicina Forense 3ª Edición. Síndrome del Niño Maltratado. Pág. 139. Editorial Manual Moderno. México, D.F. 2014.

³⁵ Basile Alejandro. Fundamentos de Medicina Legal Deontología y Bioética. 6ª edición. Pag 220. Editorial El Ateno. Buenos Aires, Argentina. 2015.

b) Síndrome de Munchausen by Proxy, donde el padre, madre o tutor inventa o crea los síntomas o signos del niño, confundiendo al médico tratante, donde somete al niño a varias pruebas de diagnóstico.³⁵

El Síndrome de Niño Maltratado es una entidad pediátrica y médico legal definida por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones reiteradas en el tiempo, que le son inferidas por uno o más adultos a cargo, caracterizado por la presencia de múltiples lesiones, de diferente data, causada por diferentes objetos lesivos.²⁵

4.- Maltrato por Acción u Omisión

Toda agresión u omisión, física, sexual, psicológica o de negligencia intencional, contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida y que afecte su integridad biopsicosocial. Esta acción puede ser realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica.²⁹

El maltrato infantil se define como toda aquella situación en que incurra una persona consciente de sus actos, por acción u omisión que atente contra la integridad o altere el normal crecimiento y desarrollo de una niña o niño en detrimento del desarrollo de sus potencialidades físicas, emocionales, intelectuales, sociales, éticas, morales, estéticas, culturales, espirituales y religiosas afectando sus relaciones y desempeño con los miembros de la sociedad.³⁶

"Cualquier acción u omisión no accidental que, desde una relación de dependencia y/o abuso de poder, cause detrimento en la integridad física, psicológica y social del niño o que amenace su desarrollo físico y psicosocial normal. La acción u omisión

³⁶ Moreno MJM. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología* 2002; 18: 135-150.[Febrero, 2016]

puede provenir de cualquier ámbito, familiar o extra familiar, incluyendo el institucional".⁴⁴

"Se entenderá por acción, la agresión directa, sea ésta física, psicológica o sexual. Se entenderá por omisión, la falta en proporcionar los cuidados tanto físicos como psicológicos que un niño necesita, de acuerdo a su edad y características individuales, de parte de las personas o instituciones que se encuentran obligadas a brindarle protección y cuidado".⁴⁴

B.- TIPOS DE MALTRATO

Las tipologías tienen que ver con acuerdos arbitrarios de los profesionales e investigadores que se ocupan de la explicación de este fenómeno, con una clara finalidad sistemática. La diferenciación no implica necesariamente que los distintos tipos de victimización, violencia y maltrato que los niños padecen sean excluyentes; pueden, y es frecuente, darse varios tipos simultáneamente.

Las Victimizaciones agudas, son más frecuentes; les pasan a una minoría considerable de niños y cada vez se les presta más atención. Entre ellas figuran el maltrato físico activo, el abandono o negligencia como maltrato físico pasivo o por omisión, el maltrato emocional, el secuestro familiar y el abuso sexual.

1. Tipología de maltrato por acción

a. Maltrato físico

⁴⁴ Comité Nacional de Prevención de Maltrato Infantil coordinado por el Ministerio de Justicia. PROTEGIENDO LOS DERECHOS DE NUESTROS NIÑOS Y NIÑAS. Santiago de Chile, Chile. 2000.[Febrero, 2016]

⁴⁴ Cecilia Moltedo C.Mayra Miranda H. Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar. Santiago de Chile.2004Paç. 18 -22. [Febrero, 2016]

Es cualquier agresión ejecutada en el cuerpo del niño, niña o adolescente con alguna parte del cuerpo, objeto contundente o punzante que cause dolor, moretones, lesiones o incapacidad para el uso de alguna parte de su cuerpo.

Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud establece que las prácticas sociales y culturales de castigo físico, comúnmente aceptadas, constituyen actos de maltrato que tienen consecuencias en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

b. Maltrato psicoemocional

También es una forma muy grave y frecuente de maltrato infantil. Se caracteriza por conductas dirigidas a menospreciar, regañar, ridiculizar o insultar. Son víctimas pasivas de maltrato en la familia, cuando las niñas, los niños y las adolescentes son obligados a ver o experimentar la violencia que se ejerce contra otros integrantes de la familia.

c. Abuso sexual

Puede definirse como tal a los contactos o acciones en los que el niño, niña o adolescente es objeto para la gratificación sexual de otro y que no puede rechazar ni consentir, cualquier forma de consentimiento estará viciada frente a la inmadurez e incapacidad para valorar y evaluar situaciones de esta y otra naturaleza.

La OPS. Todo acto en el que una persona, en una relación de poder, involucra a un (a) menor en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. (Se entiende la relación de poder como aquella que nace de una diferencia de fuerza, edad, conocimiento o autoridad, entre víctima y ofensor)³⁹

El DIF es cualquier tipo de contacto sexual con un (a) menor por parte de un familiar o cualquier adulto, que lo hacen con el objetivo de obtener su excitación y/o gratificación sexual, y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales hasta la violación.³¹

La Comisión Nacional de Derechos Humanos. Ocurre entre un niño o una niña y un adulto que puede ser alguno de sus padres, padrastros o responsables del niño o niña o cualquier otro adulto integrante de su familia. Comprende tanto los actos que puede realizar el adulto para obtener.⁴⁰

2. Tipología de maltrato por omisión

a. Abandono

Consiste en la intención de los padres o de quienes los tienen a su cargo de omitir en sus deberes y obligaciones de proveer y/o satisfacer las necesidades básicas del niño, niña o adolescente, como por ejemplo, en cuanto a la seguridad en los alimentos, el techo, los cuidados, los estudios; de todos aquellos cuidados que son necesarios para la sobrevivencia y calidad de vida.

b. Negligencia

Es cuando se presenta un daño o una situación que pone en peligro la integridad física o psicológica de los niños, las niñas y los adolescentes. Se refiere a la falta de previsión, cuidado y provisión para evitarlos y que son debidos por cualquier adulto que los tenga a su cargo. Es decir, situaciones derivadas del descuido, la falta de comprensión o entendimiento.

c. De privación emocional

Se refiere a aquellas conductas que están dirigidas a evitar sistemáticamente el contacto físico, demostración de afecto, la interacción verbal, física y emocional con

el niño, niña o adolescente por parte de sus padres o de quien los tenga bajo su cuidado. Ello definitivamente tiene consecuencias en el desarrollo y salud emocional, así como en el desarrollo integral de los mismos.

Entonces podemos afirmar que el maltrato infantil se sostiene en relaciones abusivas de poder, en un comportamiento violento dirigido al niño, niña o adolescente y que puede ejercitarse física, psicoemocional y/o sexual, así como la conducta negligente, que representan una amenaza o daño real que pone en peligro su integridad física y emocional.

C.- OTROS TIPOS DE MALTRATO ⁴⁰

1. Síndrome del Niño Sacudido.

Es reconocido como el maltrato cerebral y ocular producido a través de un mecanismo de aceleración y desaceleración craneal, por las sacudidas enérgicas a un(a) menor, todo eso sin dejar huella externa de trauma craneal y ocular.

D.- CLASIFICACIÓN CIE 10 ³⁷

1.- Violencia Física, son las conductas que causen lesión interna o externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física de las personas. (Traumatismo, quemaduras, heridas ocasionadas de manera intencional).

2.- Violencia Sexual, son las conductas, amenazas o intimidaciones que afectan la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.

3.- Violencia Psicológica, son las conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo.

³⁷ NORMA en la Atención de la VIOLENCIA Y SUS EFECTOS. 1ra Edición. Maltrato al niño/niña o adolescente. La Paz - Bolivia. 2012.

4.- Violencia por Privaciones o Descuido, ejercida mayormente contra menores de edad, pero no es exclusivo de ellos. Se considera los siguientes tipos de Negligencia de los padres o tutores:

a.- Física: Los padres/tutores/cuidadores que no cubren las necesidades físicas de un niño/niña hasta un punto en el que estas omisiones puedan causarle un daño físico.

b.- Médica: Los padres/tutores/cuidadores que no solicitan atención médica inmediata. Así mismo, que no cumplan el tratamiento médico prescrito que se considere importante para la salud y bienestar del niño/niña.

c.- Emocional: Los padres/tutores/cuidadores que no proporcionen el apoyo emocional necesario, protección, cuidado y amor.

d.- Educativa: Los padres/tutores/cuidadores que niegan el derecho del niño/niña a la escolaridad y estimulación intelectual apropiada.

e.- Económica: Los padres/tutores/cuidadores que no satisfagan las necesidades básicas de subsistencia del niño/niña.

E.- SIGNOS Y SINTOMAS DE MALTRATO INFANTIL³⁵

Cuando a un paciente se le detecta una lesión, y se diagnostica un maltrato presuntivo, se deberá detallar el tipo, tamaño, forma, color, localización, número, antigüedad y tiempo que tardan en sanar, valorando el nivel de gravedad en función, si deja cicatriz perpetua y visible, si produce incapacidad funcional o estructural o si pone en peligro su vida.

1. Lesiones cutáneo mucosas: hematomas, equimosis, laceraciones, marcas por objetos, arañazos, alopecia traumática, mordeduras, quemaduras.

2. Lesiones osteoarticulares: fracturas, subluxaciones, contusiones por tracción.

- 3. Lesiones toracoabdominales:** rupturas de vísceras huecas, macizas, pseudoquiste pancreático, úlceras.
- 4. Lesiones oculares:** hemorragias retinianas, desprendimiento del cristalino, hematomas peri orbitarios, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina.
- 5. Lesiones del sistema nervioso central:** hematoma subdural, edema cerebral, síndrome del latigazo cervical, hemorragia subaracnoidea.
- 6. Lesiones a nivel psicológico:** Retardo en el desarrollo físico, emocional e intelectual, cansancio, somatizaciones, problemas de lenguaje, fobias, autoestima baja, sentimientos de miedo e ira, tristeza.⁴⁰
- 7. Indicadores de Abuso Sexual:** Ropa interior rasgada, manchada o sanguinolenta, dificultad para caminar o sentarse, irritación, picor, dolor o lesión en la zona genital o anal, infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto urinario u orales, embarazo.⁴⁰
- 8.- Lesiones no intencionales (accidentes):** Son aquellas que obedecen a un conjunto de circunstancias y factores que pueden ser: sociales, educativos, ambientales, económicos, culturales, políticos, urbanísticos y jurídicos.³⁷
 - a.- Muerte o lesión en accidente de tránsito,** se produce como consecuencia de una colisión o atropellamiento por un vehículo de transporte. Pudiendo incluso existir elementos agravantes como el consumo de alcohol u otras sustancias, generalmente es sin intención.³⁷
 - b.- Muerte o lesión por otros accidentes,** resultado de la interacción entre un sujeto y un agente externo (físico o químico) sin que exista la intención de lesionar a la víctima o esta no conociere el resultado de dicha interacción. En este grupo se incluyen todas las víctimas heridas y fallecidas, ocurridas durante desastres naturales como terremotos, incendios, inundaciones, y aquellas que se producen como consecuencias de caídas, electrocuciones, asfixias, intoxicaciones y otros.³⁷

F.- CRITERIOS CLÍNICOS DE SOSPECHA³⁷

Acompañantes como los hijos u otros menores que puedan ser afectados por el diálogo que se establezca con la persona afectada.

- El niño o adolescente que refiere o expresa que es víctima de maltrato físico, emocional o negligencia.
- Trastornos de la conducta (enuresis, trastornos del sueño, alimentación, cambios en el comportamiento, en el rendimiento escolar, etc.)
- Lesiones cutáneas: Equimosis, hematomas, heridas, quemaduras sin explicaciones o con explicación poco convincente:
- Contusiones en neonatos o lactantes menores (que no se movilizan autónomamente).
- Contusiones en la cara (excepto la frente y mentón), espalda, abdomen, brazos, nalgas, oídos y dorso de las manos.
- Contusiones en regiones del cuerpo sin prominencias óseas.
- Contusiones múltiples, simétricas y bilaterales
- Contusiones que dibujan o marcan claramente el instrumento usado.
- Lesión circular en la región del cuello que aparente un intento de estrangulación.
- Lesiones circulares en muñecas y tobillos que aparentan y sugieren marcas de ligadura
- Áreas de alopecia por arrancamiento.
- Fractura óseas: principalmente “fractura metafisarias” y “fracturas en esquina” “fracturas en asa de balde”.
- Traumatismos cráneo - encefálicos.
- Lesiones en áreas genitales o anales sugerentes de violencia sexual.
- Embarazo a temprana edad / embarazo no deseado.
- Omisión de cuidados (niño descuidado, sucio, desnutrido, ropa inadecuada).

³⁷ NORMA en la Atención de la VIOLENCIA Y SUS EFECTOS. 1ra Edición. Maltrato al niño/niña o adolescente. La Paz - Bolivia. 2012.

G.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL³⁷

- Lesiones accidentales.
- Patologías óseas.
- Lesiones dérmicas por reacción adversa a sustancia desconocida y por patologías oncológicas y/o hematológicas.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Autolesiones.
- Un padre o tutor no puede ser considerado responsable de negligencia si los factores que han conducido a la misma están fuera de su control.

H.- RUTA CRÍTICA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL MENOR MALTRATADO

Valoración por profesional de salud que denote lesiones o daños que puedan poner en riesgo la salud, la integridad física, mental se debe internar, dependiendo del diagnóstico y la complejidad del caso debe recibir tratamiento, inicialmente se aborda por el psicólogo, trabajadora social, donde no se cuente con este servicio será el mismo médico o personal de enfermería, quien remita o atiende estos casos, se llenara la historia clínica, para luego elaborar un informe que pueda llegar a instancias legales correspondientes si amerita, toda sospecha de maltrato de menor debe ser internada.

Se debe informar sobre el hecho a la Plataforma Familia, Servicio Legal Integral Municipal (SLIM), Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA), para atención integral (trabajo social/psicológica/ legal). Informar a la policía (Brigada de Protección a la Familia, o Radio Patrullas, o FELCC – División Personas); según disponibilidad en el área de trabajo, ante la necesidad de precautelar la seguridad del paciente. De

³⁷ NORMA en la Atención de la VIOLENCIA Y SUS EFECTOS. 1ra Edición. Maltrato al niño/niña o adolescente. La Paz - Bolivia. 2012.

no existir Defensoría de la Niñez, Servicios Legales Municipales o Policía; informar a las autoridades locales. (Ver Anexo N°1)

El Hospital del niño, actualmente cuenta con un médico legista, que desde el punto de vista médico, está en relación a todos los casos de Maltrato Infantil, la denuncia a la Defensoría de la Niñez debe ser realizada a través de la unidad de Trabajo Social. (Ver Anexo N°2 y Anexo N°3)

I.- MARCO LEGAL DEL MALTRATO INFANTIL

El estudio médico legal debe efectuarse desde el momento en que el médico sospeche y diagnostique las lesiones durante la exploración física, las posibles causas que las originaron, así como el relato inverosímil de los hechos.

Se debe actuar de forma inmediata ya que las lesiones que presentan los menores agredidos son causa de morbilidad y mortalidad elevadas.

La ley N° 2026, vigente hasta el año 2013, en su artículo 109 (Circunstancias), considera que el niño, niña o adolescente es víctima de maltrato cuando:

1. Se le cause daño físico, psíquico, mental o moral, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas;
2. La disciplina escolar no respete su dignidad ni su integridad;
3. No se le provea en forma adecuada y oportuna alimentos, vestido, vivienda, educación o cuidado de su salud, teniendo los medios económicos necesarios;
4. Se lo emplee en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o salud;
5. El desempeño de trabajo en régimen familiar no cumpla con las condiciones establecidas en este Código;
6. Se lo utilice como objeto de presión, chantaje, hostigamiento o retención arbitraria, en los conflictos familiares y por causas políticas o posición ideológica de sus padres o familiares;

7. Sea víctima de la indiferencia en el trato cotidiano o prolongada incomunicación de sus padres, tutores o guardadores;
8. Sea obligado a prestar su servicio militar antes de haber cumplido la edad fijada por Ley;
9. Se lo utilice o induzca su participación en cualesquier tipo de medidas de hecho como huelgas de hambre actos violentos y otras que atenten contra su seguridad, integridad física o psicológica;
10. Existan otras circunstancias que implique maltrato.

1.- DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LA CPE

Artículo 58. Se considera niña, niño o adolescente a toda persona menor de edad. Las niñas, niños y adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la Constitución, con los límites establecidos en ésta, y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo; a su identidad étnica, sociocultural, de género y generacional; y a la satisfacción de sus necesidades, intereses y aspiraciones.

- Artículo 59.**
- I. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.
 - II. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a vivir y a crecer en el seno de su familia de origen o adoptiva. Cuando ello no sea posible, o sea contrario a su interés superior, tendrá derecho a una familia sustituta, de conformidad con la ley.
 - III. Todas las niñas, niños y adolescentes, sin distinción de su origen, tienen iguales derechos y deberes respecto a sus progenitores. La discriminación entre hijos por parte de los progenitores será sancionada por la ley.
 - IV. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a la identidad y la filiación respecto a sus progenitores. Cuando no se conozcan los progenitores, utilizarán el apellido convencional elegido por la persona responsable de su cuidado.
 - V. El Estado y la sociedad garantizarán la protección, promoción y activa participación de las jóvenes y los jóvenes en el desarrollo productivo, político, social, económico y cultural, sin discriminación alguna, de acuerdo con la ley.

Artículo 60. Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado.

Artículo 61. I. Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad.

2.- CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE /LEY Nº 548 DE 17 DE JULIO DE 2014⁴⁵

Artículo 142. (Derecho al respeto y a la dignidad).

I. La niña, niño y adolescente, tiene derecho a ser respetado en su dignidad física, psicológica, cultural, afectiva y sexual.

II. Si la o el adolescente estuviere sujeto a medidas socio-educativas privativas de libertad, tiene derecho a ser tratada y tratado con el respeto que merece su dignidad. Gozan de todos los derechos y garantías establecidos en la Constitución Política del Estado, sin perjuicio de los establecidos a su favor en este Código; salvo los restringidos por las sanciones legalmente impuestas.

Artículo 145. (Derecho a la integridad personal).

I. La niña, niño y adolescente, tiene derecho a la integridad personal, que comprende su integridad física, psicológica y sexual.

II. Las niñas, niños y adolescentes, no pueden ser sometidos a torturas, ni otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

⁴⁵ Código Niña, Niño y Adolescente. Ley nº 548 de 17 de Julio del 2014. Asamblea Legislativa Plurinacional.[Marzo,106]

III. El Estado en todos sus niveles, las familias y la sociedad, deben proteger a todas las niñas, niños y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, abuso o negligencia que afecten su integridad personal.

Artículo 146. (Derecho al buen trato).

I. La niña, niño y adolescente tiene derecho al buen trato, que comprende una crianza y educación no violenta, basada en el respeto recíproco y la solidaridad.

II. El ejercicio de la autoridad de la madre, padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, familiares, educadoras y educadores, deben emplear métodos no violentos en la crianza, formación, educación y corrección. Se prohíbe cualquier tipo de castigo físico, violento o humillante.

Artículo 147. (Violencia).

I. Constituye violencia, la acción u omisión, por cualquier medio, que ocasione privaciones, lesiones, daños, sufrimientos, perjuicios en la salud física, mental, afectiva, sexual, desarrollo deficiente e incluso la muerte de la niña, niño o adolescente.

II. La violencia será sancionada por la Jueza o el Juez Penal cuando esté tipificada como delito por la Ley Penal.

III. Las formas de violencia que no estén tipificadas como delito en la Ley Penal, constituyen infracciones y serán sancionadas por la Jueza o Juez Público de la Niñez y Adolescencia, conforme lo establecido en el presente Código, tomando en cuenta la gravedad del hecho y la sana crítica del juzgador.

Artículo 148. (Derecho a ser protegidas y protegidos contra la Violencia sexual).

I. La niña, niño y adolescente tiene derecho a ser protegida o protegido contra cualquier forma de vulneración a su integridad sexual. El Estado en todos sus niveles, debe diseñar e implementar políticas de prevención y protección contra toda forma de abuso, explotación o sexualización precoz de la niñez y adolescencia; así

como garantizar programas permanentes y gratuitos de asistencia y atención integral para las niñas, niños y adolescentes abusados, explotados y erotizados.

II. Son formas de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, las siguientes:

- a) Violencia sexual, que constituye toda conducta tipificada en el Código Penal que afecte la libertad e integridad sexual de una niña, niño o adolescente;
- b) Explotación sexual, que constituye toda conducta tipificada en el Código Penal, consistente en cualquier forma de abuso o violencia sexual, con la finalidad de obtener algún tipo de retribución;
- c) Sexualización precoz o hipersexualización, que constituye la sexualización de las expresiones, posturas o códigos de la vestimenta precoces, permitiendo o instruyendo que niñas, niños o adolescentes adopten roles y comportamientos con actitudes eróticas, que no corresponden a su edad, incurriendo en violencia psicológica; y
- d) Cualquier otro tipo de conducta que vulnere la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes.

III. Las niñas y adolescentes mujeres gozan de protección y garantía plena conforme a previsiones del Artículo 266 del Código Penal, de forma inmediata.

3.- CODIGO PENAL BOLIVIANO⁴⁶

Artículo 270.- (lesiones gravísimas). Incurrirá el autor en la pena de privación de libertad de dos (2) a ocho (8) años, cuando de la lesión resultare:

1. Una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable.
2. La debilitación permanente de la salud o la pérdida o uso de un sentido, de un miembro o de una función.
3. La incapacidad permanente para el trabajo o la que sobrepase de ciento ochenta (180) días.
4. La marca indeleble o la deformación permanente del rostro.

⁴⁶ Dra. Carmen Centellas. Código Penal de Bolivia. Editorial El Original. La Paz, Bolivia. Marzo del 2013. Pág. 124-153

5. El peligro inminente de perder la vida.

Si la víctima fuera una niña, niño o adolescente la pena será agravada en dos tercios

Artículo 271.- (lesiones graves y leves). El que de cualquier modo ocasionare a otro un daño en el cuerpo o en la salud, no comprendido en los casos del Artículo anterior, del cual derivare incapacidad para el trabajo de treinta (30) a ciento ochenta (180) días, será sancionado con reclusión de uno (1) a cinco (5) años.

Si la incapacidad fuere hasta veintinueve (29) días, se impondrá al autor reclusión de seis (6) meses a dos (2) años o prestación de trabajo hasta el máximo.

Si la víctima fuera una niña, niño o adolescente la pena en el primer caso será de reclusión de cinco a diez años y el segundo caso de cuatro a ocho años.

Artículo 272.- (agravación y atenuación). En los casos de los dos Artículos anteriores, la sanción será agravada en un tercio del máximo o mínimo, cuando mediaren las circunstancias enumeradas en el Artículo 252; y disminuida en la mitad, si se tratare de las que señalan los Artículos 254 y 259.

Artículo 273.- (lesión seguida de muerte). El que con el fin de causar un daño en el cuerpo o en la salud produjere la muerte de alguna persona, sin que ésta hubiera sido querida por el autor, pero que pudo haber sido previsto, será sancionado con privación de libertad de uno (1) a cuatro (4) años. Si se tratare de los casos previstos en el Artículo 254, párrafo primero, la sanción será disminuida en un tercio.

Si la víctima fuera una niña, niño o adolescente la pena será agravada en dos tercios

Artículo 274.- (lesiones culposas). El que culposamente causare a otro alguna de las lesiones previstas en este Capítulo, será sancionado con multa hasta de doscientos cuarenta (240) días o prestación de trabajo hasta un (1) año.

Si la víctima fuera una niña, niño o adolescente se aplicara una pena privativa de dos a cuatro años.

Artículo 278.- (abandono de menores). El que abandonare a un menor de doce (12) años, será sancionado con reclusión de tres (3) meses a dos (2) años.

Si del abandono resultare lesión corporal grave o muerte, la pena será agravada en un tercio.

Artículo 308 bis.- (violación de niño, niña o adolescente). Quien tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo menor de catorce (14) años. Penetración anal o vaginal o introdujera objetos con fines libidinosos, será sancionado con privación de libertad de quince (15) a veinte (20) años, sin derecho a indulto, así no haya uso de la fuerza o intimidación y se alegue consentimiento.

Quedan exentas de esta sanción las relaciones consensuadas entre adolescentes mayores de doce (12) años, siempre que no exista diferencia de edad mayor de tres (3) años, entre ambos, y no se haya producido violencia ni intimidación.

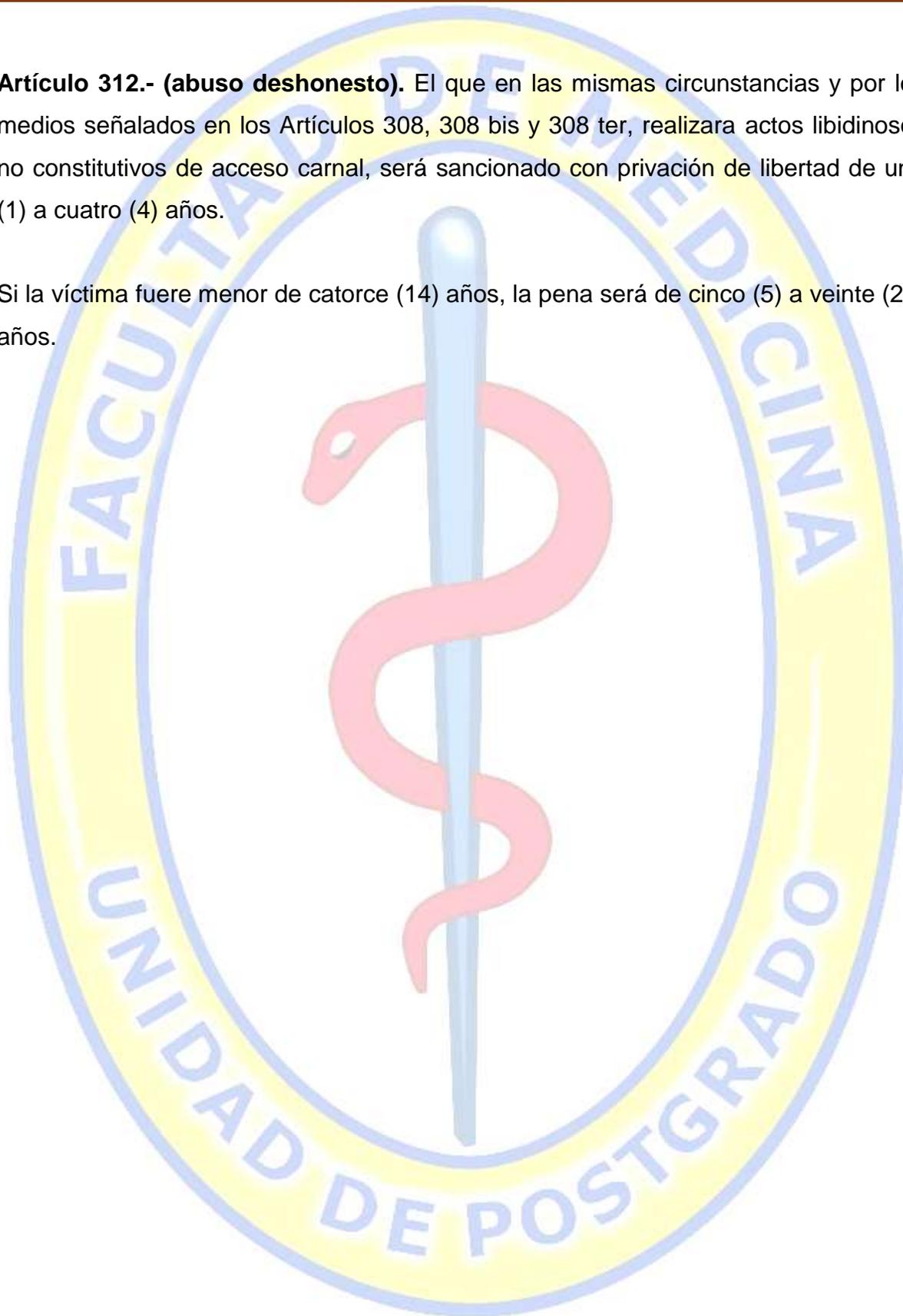
Artículo 308 ter.- (violación en estado de inconsciencia). Quien tuviera acceso carnal, penetración anal o vaginal o introdujere objetos con fines libidinosos, a persona de uno u otro sexo, después de haberla puesto con este fin en estado de inconsciencia, será sancionado con pena de privación de libertad de diez (10) a quince (15) años.

Si la víctima fuera una niña, niño o adolescente la pena será de veinte a treinta años de cárcel sin derecho a indulto.

Artículo 309.- (estupro). Quien, mediante seducción o engaño, tuviera acceso carnal con persona de uno u otro sexo. Mayor de catorce (14) años y menor de dieciocho (18), será sancionado con privación de libertad de tres (3) a seis (6) años.

Artículo 312.- (abuso deshonesto). El que en las mismas circunstancias y por los medios señalados en los Artículos 308, 308 bis y 308 ter, realizara actos libidinosos no constitutivos de acceso carnal, será sancionado con privación de libertad de uno (1) a cuatro (4) años.

Si la víctima fuere menor de catorce (14) años, la pena será de cinco (5) a veinte (20) años.



V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Maltrato Infantil es un delito difícil de detectar ya que estos hechos ocurren al interior de las familias, quienes pueden esconderlos a su entorno social. El médico legista, como el médico pediatra, quien es el primero en recibir un niño con sospecha de Maltrato Infantil, debe estar capacitado en la identificación de lesiones corporales y estar atento al comportamiento del niño agredido, ya que las lesiones que se encuentren son evidencias y cobran jerarquía médico-legal.

En Bolivia que es un país en vías de desarrollo, el maltrato sea este físico, por descuido u abandono, emocional o sexual, a la larga se convierte en un estilo de vida, porque se forma un círculo vicioso que es tan normal para el menor como para su entorno familiar vivir en violencia sea esta de forma pasiva o activa. La identificación de casos de Maltrato Infantil representa un problema de gran importancia porque la toma de decisiones a tiempo, el reporte y su manejo adecuado será muy importante para su resolución.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de los casos por maltrato infantil a menores de 0 – 15 años que ingresan a los diferentes servicios de pediatría del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz en el período de Abril a Junio del 2016?

VI.- OBJETIVOS

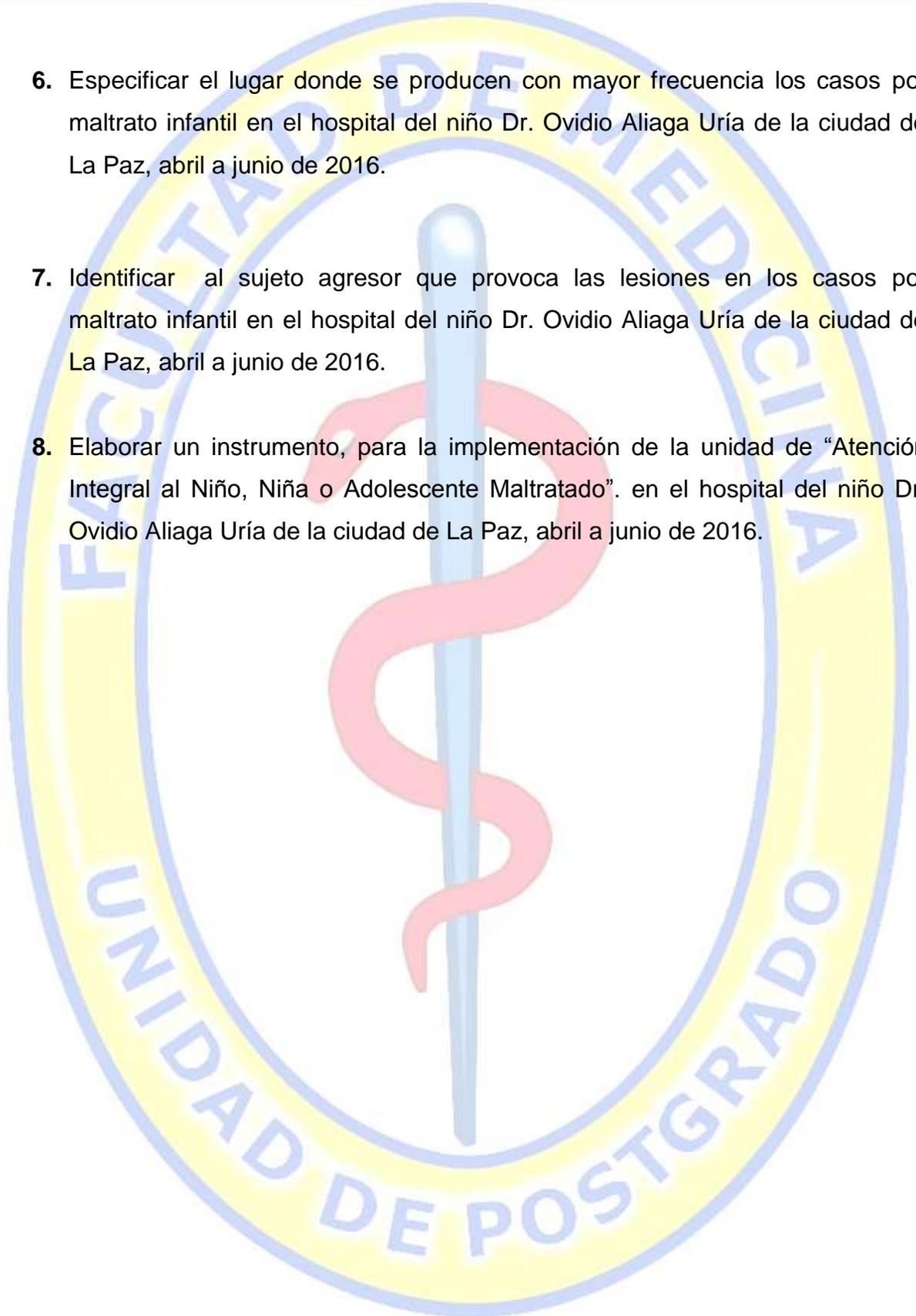
A.- OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de los casos identificados por Maltrato Infantil a menores de 0-15 años que ingresan a los diferentes servicios de pediatría del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz en el período de Abril a Junio del 2016.

B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Especificar el sexo y edad en se presentan los casos por maltrato infantil en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.
2. Identificar el mes con mayor frecuencia de atención de casos por maltrato infantil en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.
3. Determinar los casos por Maltrato Infantil de acuerdo a su tipología en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.
4. Identificar el tipo de lesión y la región anatómica afectada en los casos por Maltrato Infantil en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.
5. Identificar el agente que causa las lesiones por maltrato infantil en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.

6. Especificar el lugar donde se producen con mayor frecuencia los casos por maltrato infantil en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.
7. Identificar al sujeto agresor que provoca las lesiones en los casos por maltrato infantil en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.
8. Elaborar un instrumento, para la implementación de la unidad de “Atención Integral al Niño, Niña o Adolescente Maltratado”. en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, abril a junio de 2016.



VII.- DISEÑO METODOLOGICO

A.- TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría ubicada en la ciudad La Paz durante los meses de Abril a Junio del 2016.

El método *descriptivo*, para obtener los conocimientos que conducen a conocer lo investigado, porque cada dato se describe en relación a los demás.

Es un estudio *transversal* porque se realizara en un momento determinado.

B.- POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO

La población en estudio estuvo conformada por 73 niños, niñas y adolescentes menores de 0 a 15 años, que ingresaron a los diferentes servicios de pediatría que fueron identificados por Maltrato Infantil en el Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, de la ciudad de La Paz, durante el período de Abril a Junio de 2016.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, hospital de tercer nivel y de referencia nacional, está ubicada en la zona de Miraflores de la ciudad Nuestra Señora de La Paz, capital del departamento de La Paz y además Sede de Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, cuenta con una población urbana de 2'127168⁵⁰ tomando en cuenta que atienen al 70% de la población de La Paz, El Alto, provincias y otros departamentos.⁵⁰

C.- PARTICIPANTES

73 Niñas/niños y adolescentes que acudieron al Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, por presentar síntomas y signos de Maltrato Infantil, durante los meses de abril a junio de 2016.

D.- MUESTRA

Se trabajó con el total de 73 Niñas/niños y adolescentes de 0 - 15 años que fueron diagnosticados de Maltrato Infantil en el Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, de la ciudad de La Paz, durante el período de Abril a Junio de 2016.

E.- CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- 1.- Pacientes con rango de 0 a 15 de edad que acuden por Maltrato Infantil.
- 2.- Niños, niñas y adolescentes que acudieron al servicio de Pediatría para ser atendidos por abuso físico corporal, caídas.
- 3.- Niños, niñas y adolescentes que acudieron por lesiones accidentales como hechos de tránsito (padres en estado de ebriedad o descuido por exceso de velocidad) y mordeduras de can.
- 4.- Niños, niñas y adolescentes que acudieron al servicio de Pediatría para ser atendidos por abuso sexual.
- 5.- Niños, niñas y adolescentes que acudieron al servicio de Pediatría para ser atendidos por abandono/descuido/negligencia.
- 6.- Pacientes que acuden por episodios repetidos de Maltrato.

Exclusión

- 1.- todos aquellos niños, niñas o adolescentes hasta los 15 años que acudan por una patología de base.
- 2.- Pacientes que ingresan por cirugías programadas.
- 3.- Pacientes que ingresan a los diferentes servicios por otras patologías, que no son compatibles con Maltrato.

F.- VARIABLES

- Edad de la víctima de Maltrato Infantil.
- Sexo de la víctima de Maltrato Infantil.
- Tipos/ clasificación de maltrato.
- Tipo de maltrato por acción.
- Tipo de maltrato por omisión
- Servicio Pediátrico tratante.
- Tipos de lesiones que presenta.
- Ubicación anatómica de las lesiones.
- Probable agresor del hecho.
- Lugar donde se produjo el suceso.
- Agente causante de la lesión
- Estado nutricional.

1.- Operalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA	TIPO
Edad	Años de vida de la víctima en el momento de la certificación.	1. 0 -5 años 2. 6-10 años 3. 11-15 años	Cualitativa Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa Nominal
Tipo de Maltrato	Comportamiento violento que causa daño físico, psicológico, moral.	1. Maltrato por acción 2. Maltrato por omisión.	Cualitativa Dicotómica
Maltrato por acción	Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un golpe, una enfermedad, con que se perjudica a una persona.	1. físico. 2. sexual.	Cualitativa Nominal
Maltrato por omisión.	Daño o una situación que pone en peligro la integridad física o psicológica, situaciones derivadas del descuido, la falta	1. descuido/negligencia. 2. abandono. 3. intoxicaciones. 4. mordeduras de can.	Cualitativa Nominal

	de comprensión,entendimiento.	5. lesiones accidentales.	
Servicio Pediátrico Tratante	Conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a unas técnicas quirúrgicas, médicas o a un método diagnóstico determinado.	1.Pediatría General 2. Traumatología 3. Neurocirugía. 4. Cirugía. 5. Gastroenterología. 6. Infectología. 7. Quemados. 8. Neumología. 9. Neonatología. 10. Terapia Intensiva.	Cualitativa Nominal
Tipo de lesión corporal	Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un golpe, una enfermedad, con que se perjudica a una persona.	1.- Equimosis. 2.- Hematomas. 3.- Fracturas 4.- Quemaduras. 5.- Mordedura humana. 6.- Mordedura animal 6.- Excoriaciones. 7.- Eritema. 8.- TEC. (Traumatismo Craneoencefálico) 9.-Marcas (llantas,hebillas, cinturones,cigarro) 10.- Otras lesiones 11. Sin lesión aparente	Cualitativa Nominal
Estado nutricional	Evaluar el estado en el que se encuentra, desde un punto de vista IMC según la edad y sexo.	1.- Adecuado 2.- No adecuado	Cualitativa Nominal
Ubicación corporal de las lesiones	Región del cuerpo humano que presenta alteración o daño.	1.- Cabeza. 2.- Cara. 3.- Cuello. 4.- ExtremidadesSuperiores. 5.- Tórax. 6.-.Abdomen/ pelvis. 7.- Espalda/nalgas 8.- Extremidades Inferiores.	Cualitativa Nominal

		9.- Área genital anal 10.- Sin lesión aparente	
Probable agresor	Persona o circunstancia que produce daño, sea este físico, sexual o emocional.	1.-Madre. 2.-Padre. 3.-Madrastra. 4.-Padrastra. 5.- Atribuyen a caída. 6.- Otro	Cualitativa Nominal
Lugar del hecho	Zona geográfica donde se produce algún acontecimiento.	1.- Hogar. 2.-Escuela. 3.-Vía publica. 4.-Recreación/deporte. 5.- Otro	Cualitativa Nominal
Agente de la lesión	Objeto, sustancia, traumatismos, que producen lesiones.	1.-Fuego/sustancia u objeto caliente 2.-Objeto punzocortante 3.-Objeto cortante 4.-Golpe contra piso /pared 5.-Pie o mano 6.-Arma de fuego 7.- Auto/moto en movimiento 8.- Mordeduras. 9.- Electricidad 10.- otro	Cualitativa Nominal

G.- PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron obtenidos de un protocolo de Maltrato Infantil, el cual se modificó a un registro de atención en caso de maltrato infantil, para la identificación y caracterización de los mismos. (Ver Anexo N° 4)

Posteriormente a la recolección de datos, estos se analizaron y estructuraron mediante el programa Microsoft Excel 2013 obteniendo los resultados por frecuencia y distribución. (Ver Anexo N° 6)

Una vez analizada y clasificada la información mediante tablas y gráficas, formulamos las conclusiones.

H.- ASPECTOS ÉTICOS

Parte esencial de esta investigación fue la información a los participantes de los objetivos del estudio, la ausencia de riesgos, los beneficios a los participantes, las consideraciones necesarias que protejan el anonimato del o la participante y los derechos del mismo, respetando la decisión de participar o no.

Debido a que el presente trabajo está basado en la atención y aplicación de protocolo de Maltrato Infantil en el del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, del cual solo se extrajo la información necesaria para el presente estudio. No existen beneficios ni riesgos para los participantes del estudio, la descripción precisa de la información no será entregada a los sujetos del estudio, porque no se detallara caso por caso, se reunirá un conglomerado de información de la cual se hará notar los resultados buscados, se mantendrá en total reserva la información, Por tanto es un estudio confidencial y el informe final derivado a este estudio no llevar el nombre de ninguno de los participantes.

Se realizó, carta de presentación con referencia de otorgarnos el consentimiento informado para el estudio que se pretende realizar, en este caso dirigida a la dirección general del Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz, mediante la coordinación general de postgrado de la carrera de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, (UMSA) (Ver Anexo N° 5)

Los resultados de la investigación serán reportados a la unidad de posgrado de medicina de la UMSA y al Hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría mediante dirección general si amerita. (Ver Anexo N° 5)

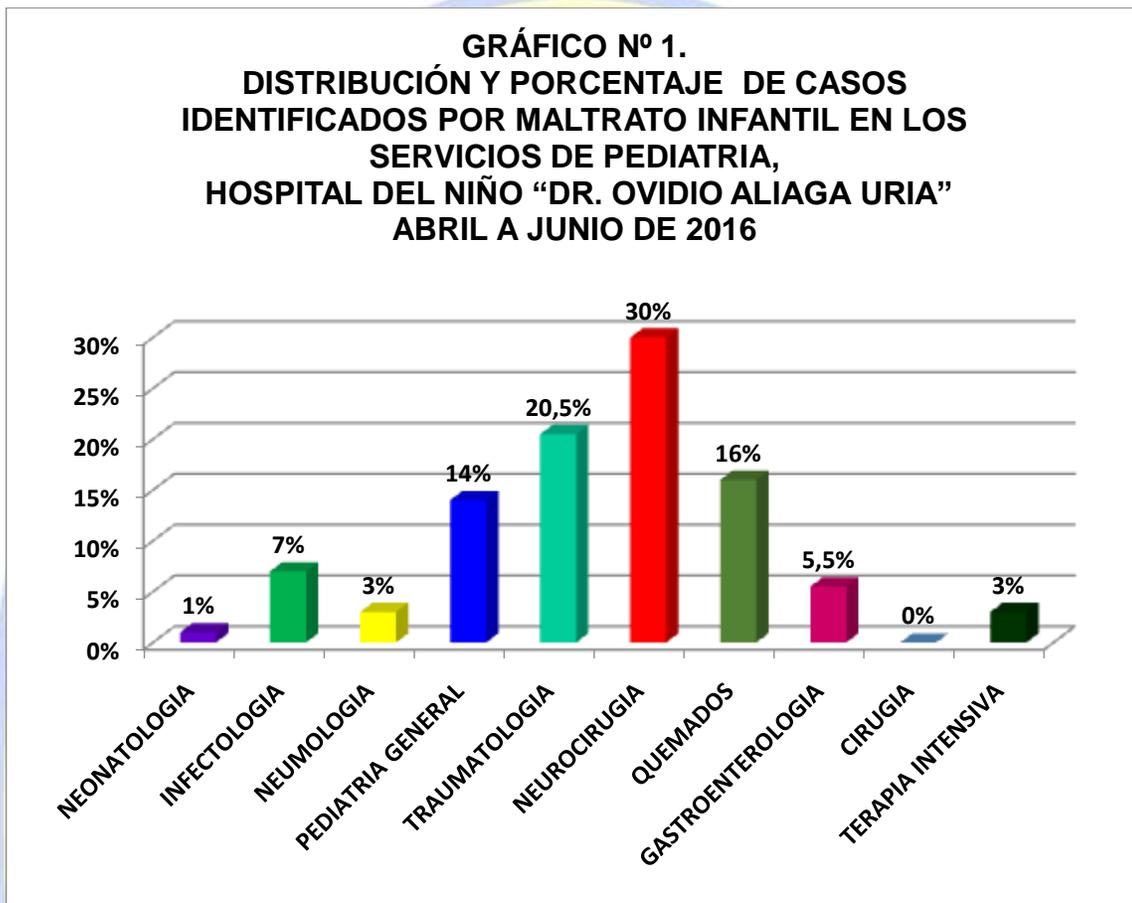
VIII. RESULTADOS.

TABLA N° 1.

DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE CASOS IDENTIFICADOS POR MALTRATO INFANTIL EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA” ABRIL A JUNIO DE 2016

SERVICIO	ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC	%
NEONATOLOGIA	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
INFECTOLOGIA	2	3%	2	3%	1	1%	5	7%
NEUMOLOGIA	0	0%	2	3%	0	0%	2	3%
PEDIATRIA GENERAL	2	3%	4	5%	4	5,5%	10	13,5%
TRAUMATOLOGIA	4	5%	7	10%	4	5,5%	15	20,5%
NEUROCIRUGIA	7	9%	5	7%	10	14%	22	30%
QUEMADOS	5	7%	4	5%	3	4%	12	16%
GASTROENTEROLOGIA	0	0%	2	3%	2	3%	4	6%
TERAPIA INTENSIVA	0	0%	2	3%	0	0%	2	3%
TOTAL	20	27%	29	40%	24	33%	73	100%

Fuente: Elaboración propia



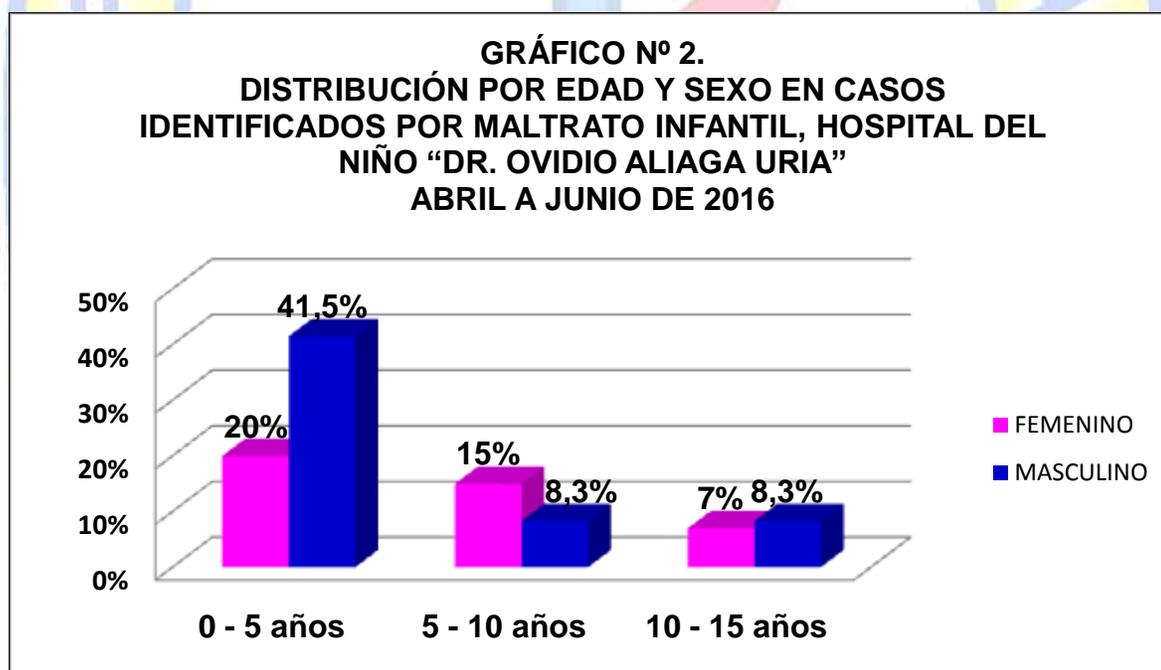
Fuente: Elaboración propia

Ingresaron al estudio 73 casos identificados en los 9 servicios de pediatría, durante los meses de abril a junio del 2016, por algún tipo de maltrato, siendo el servicio de neurocirugía con una distribución porcentual de 30%, traumatología 20,5%, quemados 16% y pediatría general 14%. (Ver tabla N°1, gráfico N° 1)

**TABLA N° 2.
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO EN CASOS IDENTIFICADOS POR
MALTRATO INFANTIL, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016**

RANGO DE EDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%	FRECUENCIA TOTAL	PORCENTAJE TOTAL
0 - 5 años	15	20%	30	41,5%	45	62%
5 - 10 años	11	15%	6	8,3%	17	23%
10 - 15 años	5	7%	6	8,3%	11	15%
TOTAL	31	42%	42	58%	73	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

1. El sexo vulnerable es el masculino con un 58%, femenino con un 42%, el rango de edad es de 0 a 5 años con el 41.5% a diferencia del sexo femenino que representa el 20%. (Ver tabla N° 2 y gráfico N° 2)

TABLA N° 3.

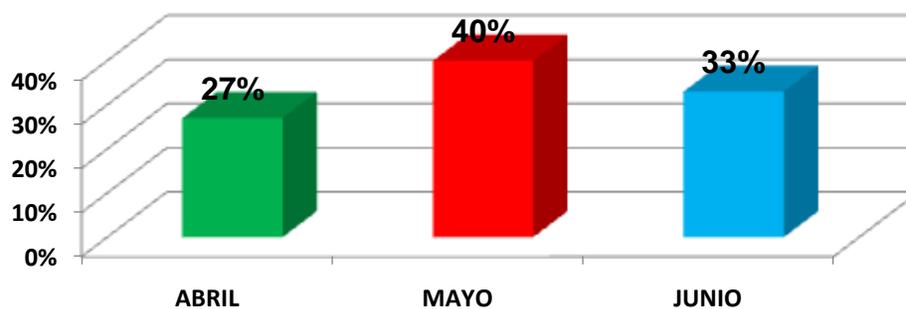
**DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE CASOS IDENTIFICADOS POR MES DE MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016**

MES	FRECUENCIA TOTAL	PORCENTAJE TOTAL
ABRIL	20	27%
MAYO	29	40%
JUNIO	24	33%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 3.

**DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DE CASOS IDENTIFICADOS POR MES DE MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016**



Fuente: Elaboración propia

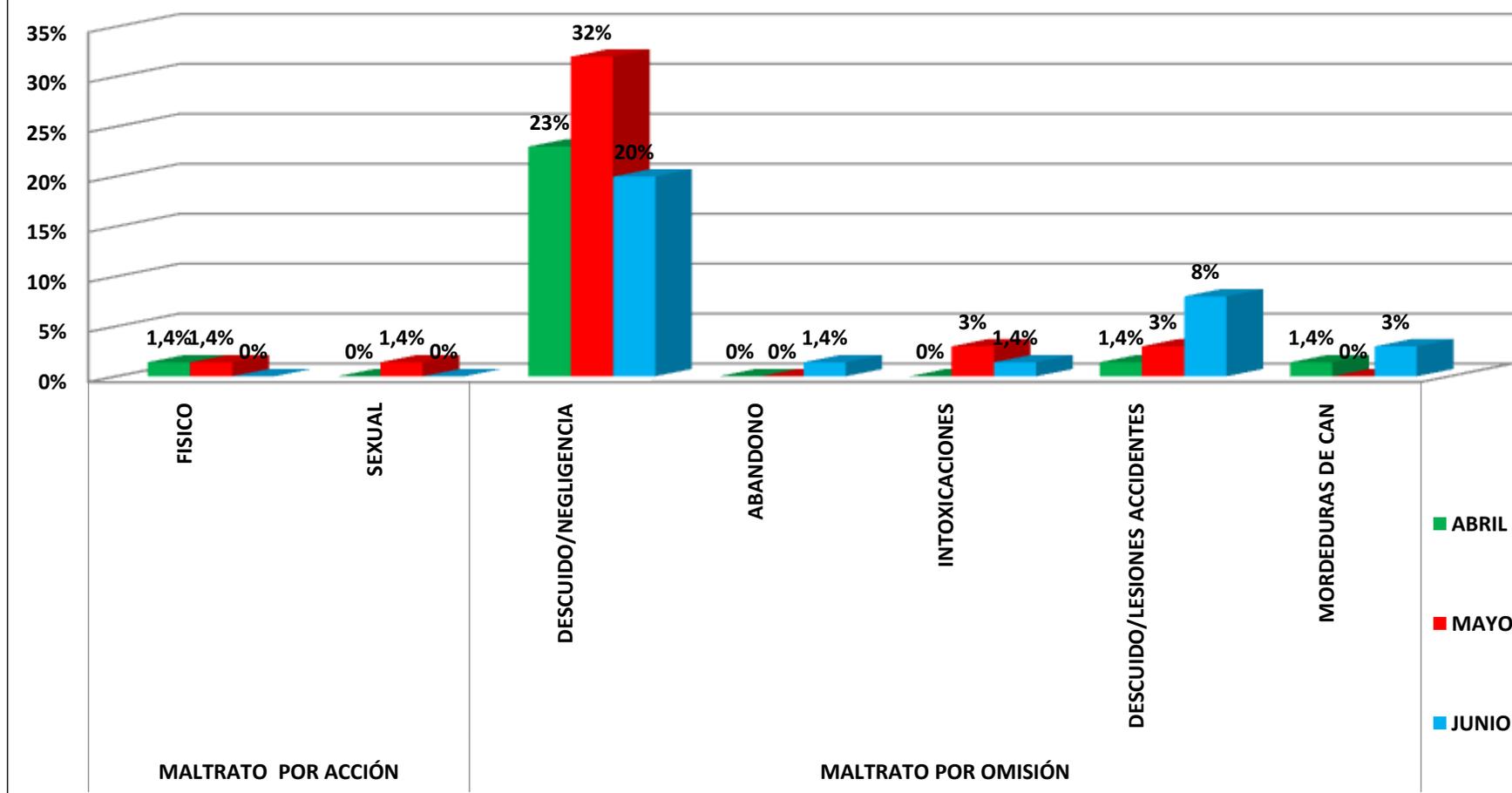
2. El mes de abril se identificaron con un 27%, mayo con un 40% con un 33%. (Ver Tabla N° 3 y Gráfico N° 3)

TABLA N° 4.
DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DE TIPOS DE MALTRATO INFANTIL IDENTIFICADOS, HOSPITAL DEL NIÑO
“DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016

TIPOS DE MALTRATO INFANTIL		ABRIL		MAYO		JUNIO		FREC. TOTAL	% TOTAL
		FREC	%	FREC	%	FREC	%		
MALTRATO POR ACCIÓN	<i>FISICO</i>	1	1,4%	1	1,4%	0	0%	3	4%
	<i>SEXUAL</i>	0	0%	1	1,4%	0	0%		
MALTRATO POR OMISIÓN	<i>DESCUIDO/ NEGLIGENCIA</i>	17	23%	23	32%	14	20%	70	96%
	<i>ABANDONO</i>	0	0%	0	0%	1	1,4%		
	<i>INTOXICACIONES</i>	0	0%	2	3%	1	1,4%		
	<i>DESCUIDO/ LESIONES ACCIDENTALES</i>	1	1,4%	2	3%	6	8%		
	<i>MORDEDURAS DE CAN</i>	1	1,4%	0	0%	2	3%		
TOTAL		20	27%	29	40%	24	33%	73	100%

Fuente: Elaboración propia

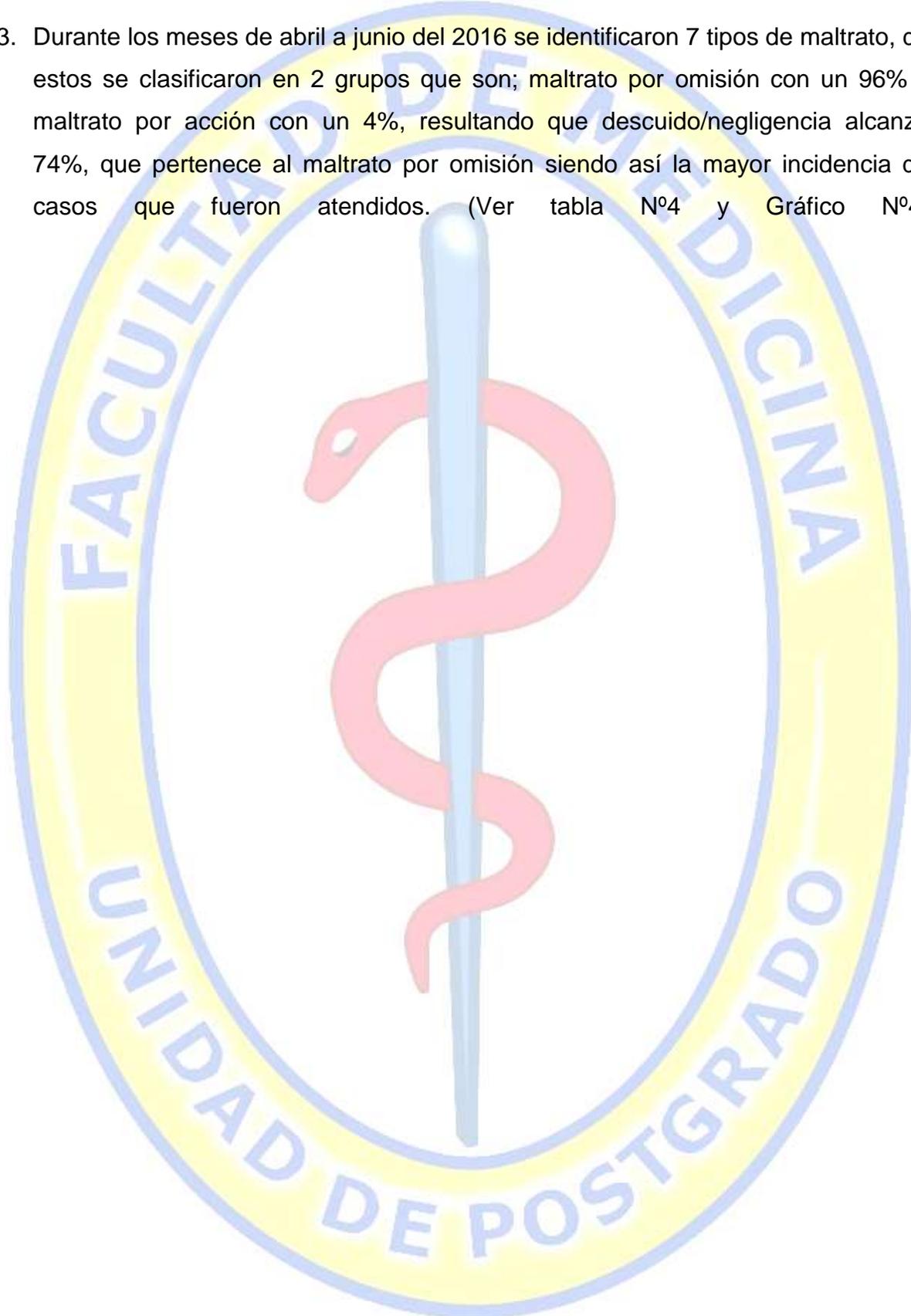
GRÁFICO Nº 4.
DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DE TIPOS DE MALTRATO INFANTIL IDENTIFICADOS,
HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016



Fuente: Elaboración propia

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

3. Durante los meses de abril a junio del 2016 se identificaron 7 tipos de maltrato, de estos se clasificaron en 2 grupos que son; maltrato por omisión con un 96% y maltrato por acción con un 4%, resultando que descuido/negligencia alcanza 74%, que pertenece al maltrato por omisión siendo así la mayor incidencia de casos que fueron atendidos. (Ver tabla N°4 y Gráfico N°4)



**TABLA Nº 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE LESIÓN Y REGIÓN ANATÓMICA AFECTADA DE CASOS POR MALTRATO INFANTIL, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO 2016**

TIPO DE LESIÓN	REGION ANATÓMICA																		TOTAL	
	CABEZA		CARA		CUELLO		EXTREMIDADES SUPERIORES		TORAX		ESPALDA/ GLUTEOS		ABDOMEN/ PELVIS		EXTREMIDADES INFERIORES		AREA GENITAL ANAL		FRECUENCIA LESIONES ENCONTRADAS	PORCENTAJE TOTAL
EDEMA POSTRAUMATICO			1	0,5%															1	0,5%
EQUIMOSIS			12	6,6%			3	1,5%			2	1%			2	1%	1	0,5%	20	11%
ERITEMA																	2	1%	2	1%
EXCORIACIONES			17	9,4%			3	1,5%	1	0,6%	4	2%			5	3%			30	17%
FRACTURAS	6	3,3%					5	3%							5	3%			16	9%
HEMATOMAS											1	0,5%			2	1%	1	0,5%	4	2%
HEMORRAGIA POSTAUMATICA			3	1,6%													1	0,5%	4	2%
HERIDAS			7	4,2%			3	1,5%					1	0,5%					11	6%
INFECCIONES			1	0,5%													1	0,5%	1	1%
INTOXICACIONES													3	2%					3	2%
MARCAS(LLANTAS, CIGARRO)									1	0,6%	1	0,5%							2	1%
MORDEDURA HUMANA															1	0,5%			1	0,5%
MORDEDURA ANIMAL			3	1,6%															3	2%
QUEMADURAS			1	0,5%	2	1%	5	3%	1	0,6%			1	0,5%	3	1,5%			13	7%
SIN LESIONES																			6	8%
TEC	54	30%																	54	30%
TOTAL	60	33,3%	44	25%	2	1%	19	10,5%	3	2%	8	4%	5	3%	18	10%	6	3,3%	165	100%

Fuente: Elaboración Propia

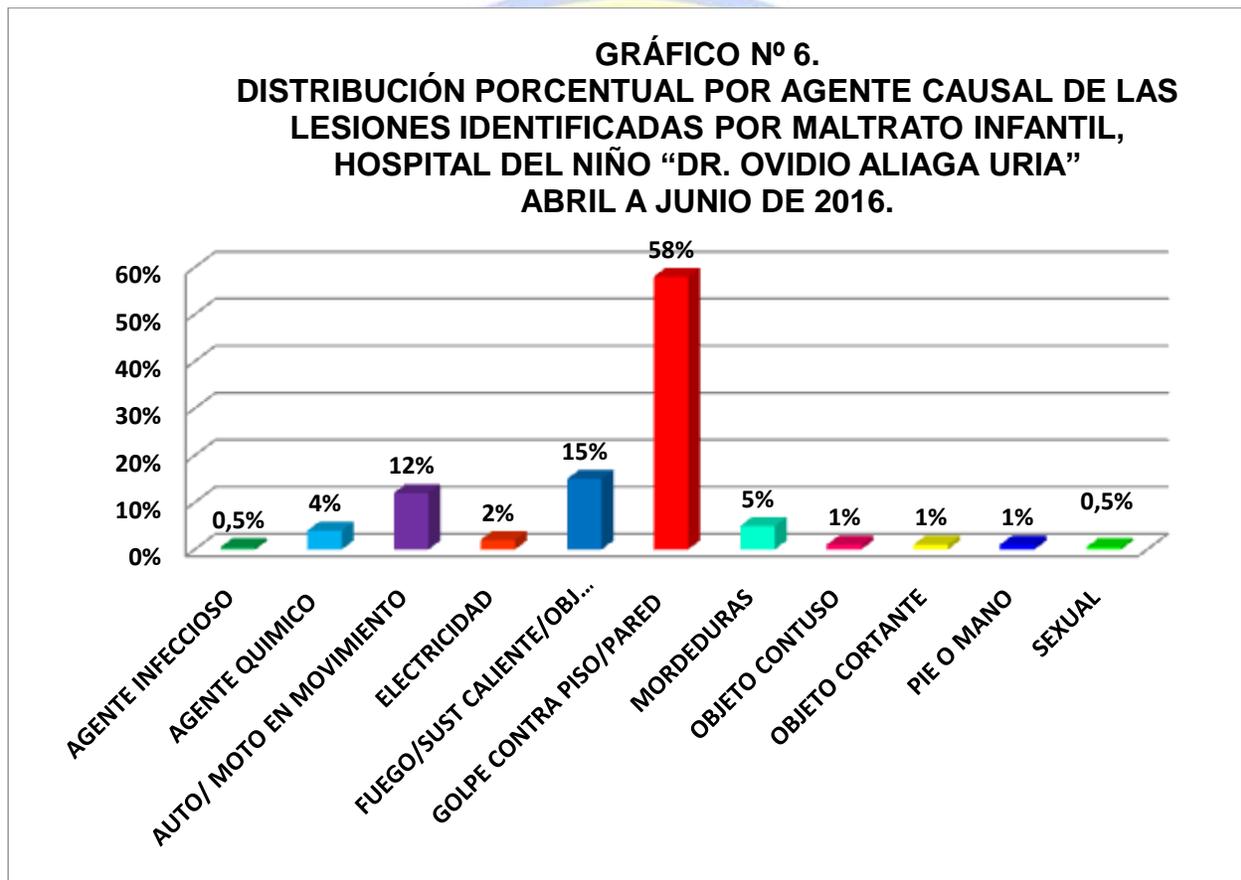
Se tomó en cuenta, las diferentes regiones corporales, mediante la exploración física de las mismas, la identificación de las lesiones se la realizó de acuerdo a su tipo, forma, localización, medida, antigüedad, de acuerdo al número o cantidad de las mismas, también las marcas o patrones que se pudieron observar al momento de la exploración física, así como también con la ayuda de estudios complementarios.

4. De 73 pacientes, 67 representa al 92% presentaron lesiones el resto no con el 8%. Resulto que la lesión más frecuente es el TEC (Traumatismo craneoencefálico) 30%, seguido de las excoriaciones 9,4% y las equimosis 6,6%. El lugar más afectado es la cabeza 33,3%, seguido de la cara 25%, luego tenemos a las extremidades superiores 10,5%, extremidades inferiores 10%, son las regiones que con mayor frecuencia se lesionan, estas se atribuyen en su gran mayoría a maltrato por omisión de cuidados. (Ver Tabla N° 5)

TABLA N° 6.
DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA POR AGENTE CAUSAL DE LAS LESIONES IDENTIFICADAS POR MALTRATO INFANTIL, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA” ABRIL A JUNIO DE 2016.

AGENTE CAUSANTE DE LA LESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGENTE INFECCIOSO	1	0,5%
AGENTE QUIMICO	3	4%
AUTO/ MOTO EN MOVIMIENTO	9	12%
ELECTRICIDAD	2	2%
FUEGO/SUST CALIENTE/OBJ CALIENTE	11	15%
GOLPE CONTRA PISO/PARED	43	58%
MORDEDURAS	4	5%
OBJETO CONTUSO	2	1%
OBJETO CORTANTE	2	1%
PIE O MANO	2	1%
SEXUAL	1	0,5%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

5. El 58% se atribuye a golpe contra piso/pared, seguido de los objetos o sustancias calientes 15% que producen quemaduras en diferentes grados, el 12% representa auto o moto en movimiento. (Ver Tabla N° 6 y gráfico N° 6)

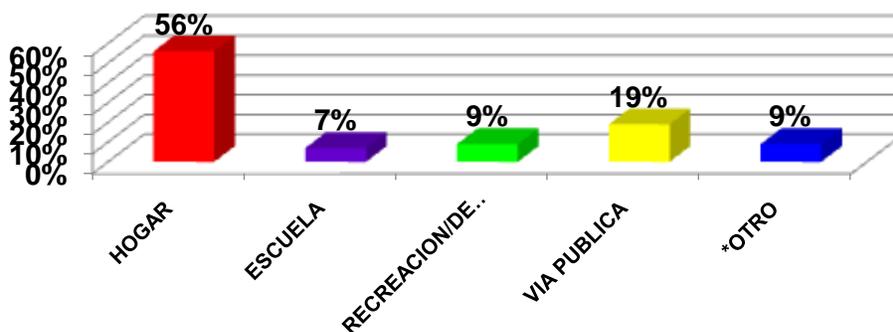
TABLA Nº 7.
DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE CASOS POR MALTRATO INFANTIL DE ACUERDO AL LUGAR DEL HECHO, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016

LUGAR DEL HECHO	ABRIL	%	MAYO	%	JUNIO	%	FREC. TOTAL	% TOTAL
HOGAR	15	20,3%	13	18%	13	18%	41	56%
ESCUELA	0	0%	3	4%	2	3%	5	7%
RECREACION/DEPORTE	0	0%	5	7%	2	3%	7	9%
VIA PUBLICA	4	5,4%	3	4%	6	8%	13	19%
*OTRO	1	1,4%	5	7%	1	1%	7	9%
TOTAL	20	27%	29	40%	24	33%	73	100%

Fuente: Elaboración propia

*Otro: Lugar de trabajo de la madre

GRÁFICO Nº 7
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS POR MALTRATO INFANTIL DE ACUERDO AL LUGAR DEL HECHO, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016



Fuente: Elaboración propia

*Otro: Lugar de trabajo de la madre

6. Los lugares identificados fueron el hogar con un 56%, los lugares de recreación y deporte con un 9%, la escuela con un 7%. Cuando nos referimos a otros lugares con un 9%, es el lugar de trabajo de la madre. (Ver Tabla N° 7 y gráfico N° 7)

TABLA N° 8.
DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE TIPO DE MALTRATO INFANTIL DE LAS
LESIONES PROVOCADAS POR SUJETO AGRESOR,
HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIGA URÍA”
ABRIL A JUNIO DE 2016

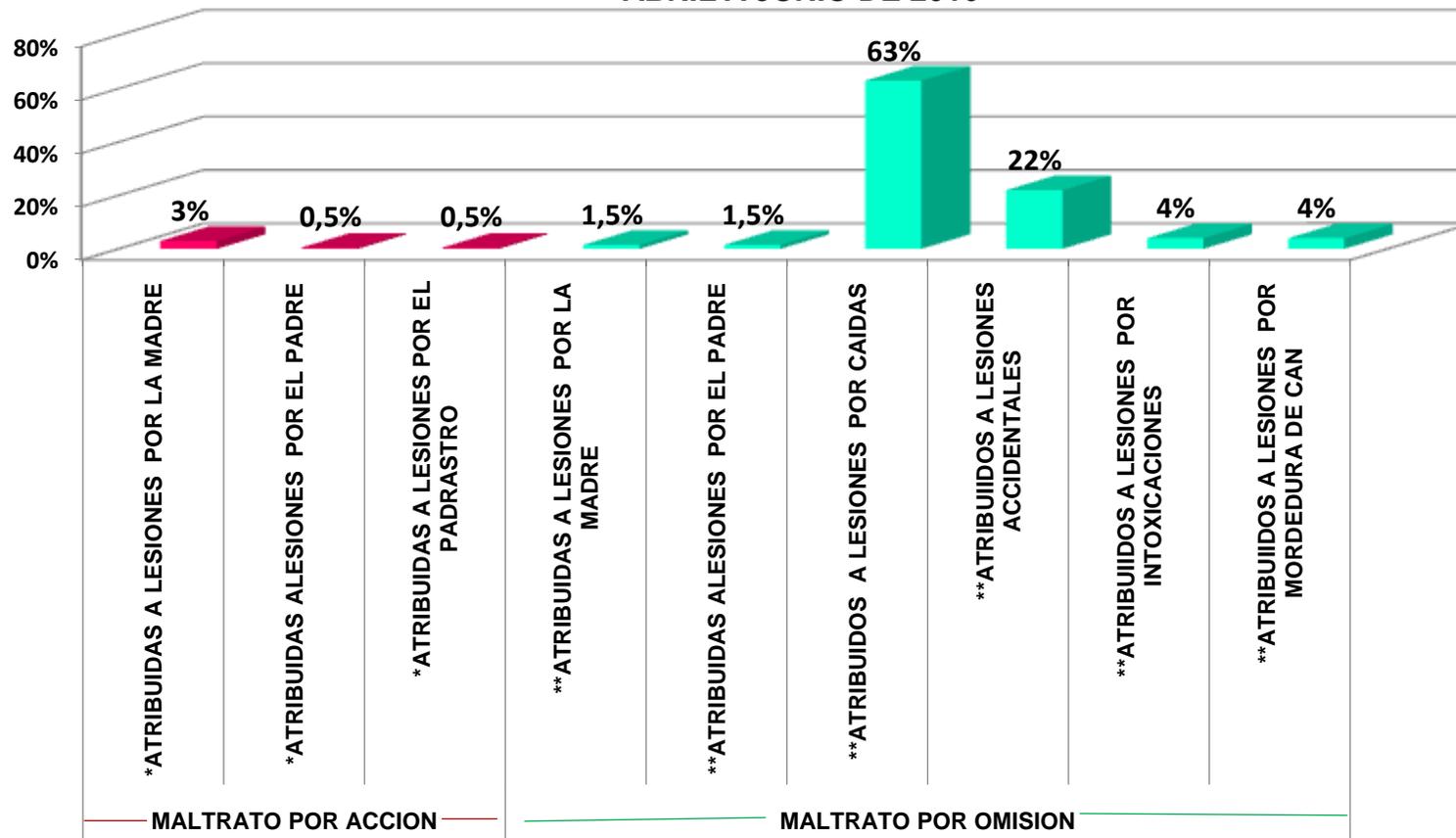
TIPO DE MALTRATO	PROBABLE AGRESOR	FREC	%	TOTAL
MALTRATO POR ACCIÓN	*ATRIBUIDAS A LESIONES POR LA MADRE	2	3%	4%
	*ATRIBUIDAS A LESIONES POR EL PADRE	1	0,5%	
	*ATRIBUIDAS A LESIONES POR EL PADRASTRO	1	0,5%	
MALTRATO POR OMISIÓN	**ATRIBUIDAS A LESIONES POR LA MADRE	1	1,5%	96%
	**ATRIBUIDAS A LESIONES POR EL PADRE	1	1,5%	
	**ATRIBUIDOS A LESIONES POR CAÍDAS	46	63%	
	**ATRIBUIDOS A LESIONES ACCIDENTALES	16	22%	
	**ATRIBUIDOS A LESIONES POR INTOXICACIONES	3	4%	
	**ATRIBUIDOS A LESIONES POR MORDEDURA DE CAN	3	4%	
TOTAL		73	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

*Maltrato por acción: maltrato físico, sexual.

**Maltrato por omisión de cuidados: descuido/negligencia/abandono

GRÁFICO Nº 8.
DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DE LAS LESIONES PROVOCADAS POR SUJETO AGRESOR DE MALTRATO INFANTIL, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIGA URÍA” ABRIL A JUNIO DE 2016



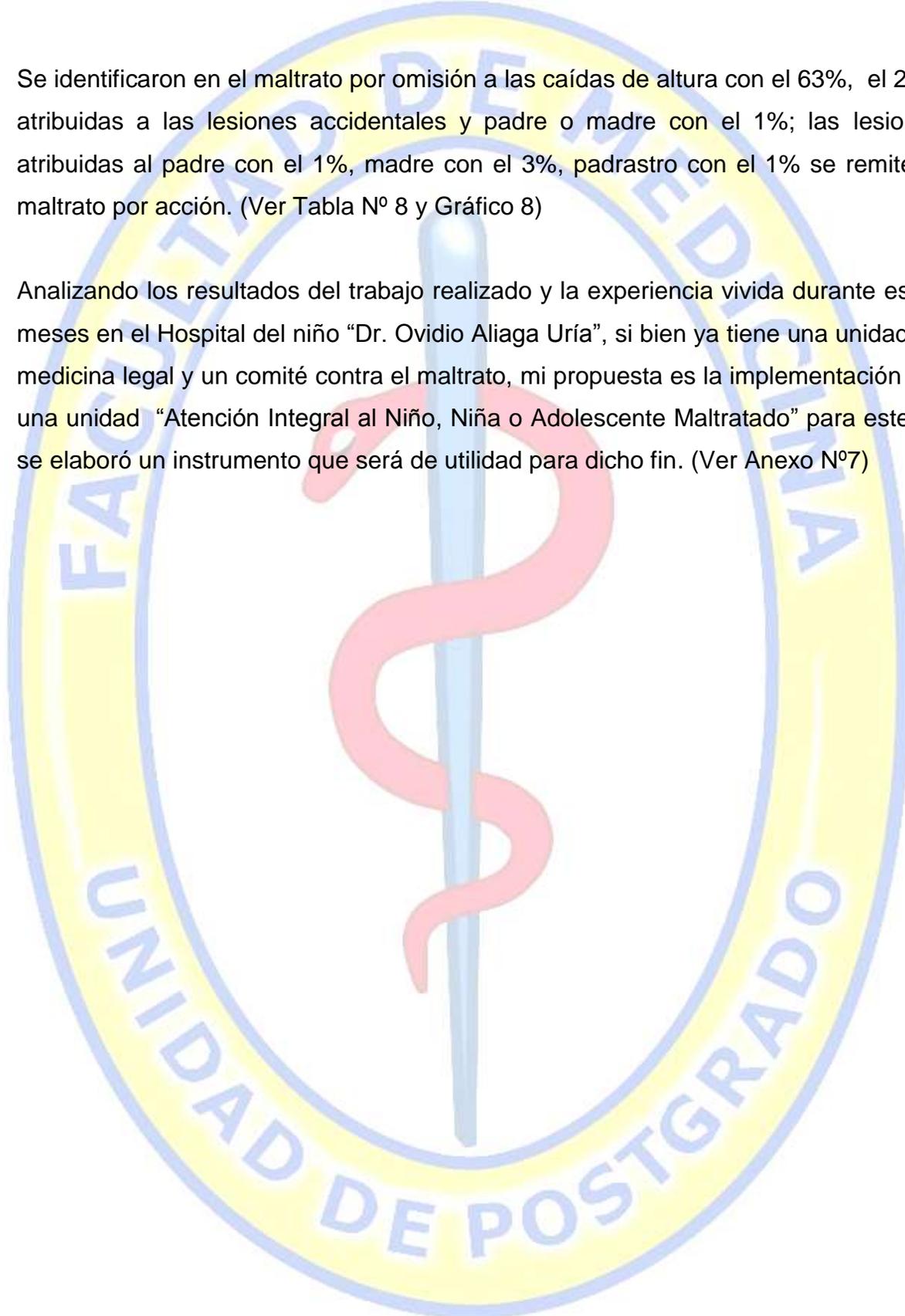
Fuente: Elaboración propia

*Maltrato por acción: maltrato físico, sexual.

**Maltrato por omisión de cuidados: descuido/negligencia/abandono

7. Se identificaron en el maltrato por omisión a las caídas de altura con el 63%, el 22% atribuidas a las lesiones accidentales y padre o madre con el 1%; las lesiones atribuidas al padre con el 1%, madre con el 3%, padrastro con el 1% se remite al maltrato por acción. (Ver Tabla N° 8 y Gráfico 8)

8. Analizando los resultados del trabajo realizado y la experiencia vivida durante estos meses en el Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, si bien ya tiene una unidad de medicina legal y un comité contra el maltrato, mi propuesta es la implementación de una unidad “Atención Integral al Niño, Niña o Adolescente Maltratado” para este fin se elaboró un instrumento que será de utilidad para dicho fin. (Ver Anexo N°7)



IX.- DISCUSIÓN

Se tomaron en cuenta para el presente estudio todos los menores de 0 a 15 años de ambos sexos, quienes durante los meses de abril a junio de la gestión 2016, fueron hospitalizados en los diferentes servicios pediátricos por algún tipo de maltrato, en el hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga Uría de la ciudad de La Paz.

Los casos detectados en el hospital del niño “Manuel Ascencio Villarroel” de la ciudad de Cochabamba, trabajo realizado por la Dra. Peredo dio como resultado que de 1106 pacientes internados 26 fueron identificados por maltrato físico infantil que representa el 2% en la gestión 2008 -2009.²³ El maltrato infantil es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública.²⁹

Se dice que los servicios de emergencia son los que presentan más ingresos de menores maltratados, varios países afortunadamente cuentan en sus hospitales con unidades de Medicina Legal, así las víctimas que ingresan al hospital por algún tipo de maltrato son derivadas, en el caso de Colombia, a la unidad de Medicina Legal durante el año 2004 reporto que 84% eran menores de edad maltratados, las víctimas fueron niñas, en el hospital del niño de la ciudad de Cochabamba se identificó que las especialidades que atendieron estos casos fueron trabajo social, psicología, neurología, ginecología, no más lejos el año pasado en el Hospital del niño de la ciudad de La Paz los servicios de pediatría general, cirugía, traumatología, neurocirugía, neumología y gastroenterología, registraron casos de maltrato infantil, comparando con nuestro trabajo, neurocirugía con el 30% es donde ingresan con frecuencia niños maltratado o al menos con sospecha de maltrato, seguido de traumatología 20,5% y en tercer lugar quemados 16% y por ultimo pediatría general con el 14%.

La violencia es una experiencia tan común para los niños desde una edad temprana, sin embargo en nuestro trabajo podemos relacionar que ambos sexos casi presentan el

²⁹ Loredó-Abdala A, Trejo- Hernández J, García Piña y Col. Del grupo Académico de la Comisión para el estudio y atención integral del niño maltratado. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. PDF. Acta Pediátrica Mex 2010: 31(Sup.1)51-57 [Diciembre, 2015]

mismo porcentaje , pero los niños 58% son los más afectados son los que llevan una desventaja cuando nos referimos a la violencia, los vamos formando en una sociedad machista que culturalmente el maltrato o el castigo es parte de nuestra vida, en años anteriores en el Hospital del Niño se registraba con más frecuencia a niñas que a niños, un estudio realizado en el 2003 en diferentes provincias de la ciudad de La Paz identifico 147 niñas y 153 fueron niños. Chile en cambio tiene el 80% de menores de edad de sexo femenino que sufren maltrato. En la revisión de la literatura, se pudo evidenciar que 6 de cada 10 niños en el mundo de entre 2 y 14 años sufren maltrato físico a diario, la mayoría de los niños sufren una combinación de castigos físicos y psicológicos. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia¹⁰ registra casos de violencia a niños, niñas y adolescentes en edades comprendidas de 0-14 años, siendo la edad más vulnerable 0- 4, nuestro país no está muy lejos de las estadísticas se dice que 8 de cada 10 menores son maltratados entre 5 a 10 años de edad^{22,23}. En cuanto a la edad, se ha observado que los niños comprendidos entre 0 a 5 años representan un gran porcentaje el 62%. El rango de edad y sexo en diferentes países de Latinoamérica es de 0 – 4 años para las niñas dando así un 68%, en nuestro estudio las cifras son el 41,5% comprenden las edades de 0 a 5 años para los niños y las niñas el 20% de la misma edad, comparando la diferencia es mínima.

UNICEF define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales.” También se define el Maltrato infantil como “cualquier acción u omisión no accidental que provoque daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores”.³⁰. En América Latina y El Caribe el problema es de complejidad más grande, una encuesta realizada en 16 países por la psicóloga de UNICEF en el año 2009 indica que el 80% de los adultos practica violencia corporal para imponer

³⁰ Corsi, J. Violencia Intrafamiliar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.2006 [Enero, 2016]

disciplina, un punto repetitivo es que son padres o tutores maltratados en su niñez.^{2,6} Negligencia del latín negligentia significa descuido, falta de cuidado, falta de aplicación. Delgado la define como “Forma frecuente de maltrato infantil expresada en la dificultad o en la incompetencia de los padres para salvaguardar de forma correcta la salud del niño, así como asegurar su bienestar”.³² Para otros autores el abandono físico o negligencia infantil es aquella situación de desprotección donde las necesidades físicas básicas de los niños (alimentación, higiene, vestido, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro de la unidad donde convive el menor.³⁶ Si hablamos de España donde se realizó un estudio donde se distingue cuatro tipos de maltrato: físico, emocional, negligencia y abuso sexual. Lo más común es la negligencia (omisión de una acción necesaria para el bienestar y desarrollo de un menor), con 9.629 casos, es decir, el 86,4% de los casos analizados. Seguido se encuentra el maltrato emocional con un 35,4%; le siguen el maltrato físico con un 19,9% y el abuso sexual con un 3,6%. Otro estudio en España donde se obtienen datos similares, siendo la negligencia o abandono 78,5% el tipo de maltrato más frecuente, seguido de los malos tratos psicológicos 43,6%, los malos tratos físicos 27% y la explotación laboral 9,3%.^{14, 15,30} De acuerdo a distintas fuentes de información, se percibe que el número de denuncias sobre violencia o abusos sexuales podría estar subestimado, puesto que en muchos casos, las víctimas no llegan a realizar la denuncia. En Perú se realizó un estudio en el hospital general, dando como resultado el abandono y/o negligencia el 62%, abuso físico 24%, maltrato emocional 10%, abuso sexual 7%, otras formas de maltrato 9%, en estos tipos de maltrato pueden coexistir dos o más en un mismo caso. El Dr. Paulsen²⁸ en su estudio indica, el 2% mordeduras de perro, intoxicaciones 2, 5%, accidentes de tránsito el 7%. En nuestro país en el año 2003 el Instituto Nacional de Estadística, reportó del total de menores atendidos por alguna forma de maltrato el 9.2% correspondía a abandono, a omisión de cuidados 25.2% y negligencia de 7.6%. Para algunos autores el abandono y la omisión de cuidados son tipos de negligencia, por lo que si tomamos la suma de estos porcentajes

el total corresponde a un 42%. La prevalencia y la incidencia es variable según la definición del maltrato y el lugar donde es detectado.

En nuestro estudio, el maltrato infantil por acción representa 4% dentro de este tipo de maltrato se encuentra el maltrato físico activo 3% y el abuso sexual el 1%. Cuando nos referimos a este tipo de maltrato por acción nos basamos en las lesiones agudas que presenta la víctima, al momento de su valoración médica y el relato de cómo ocurrieron los hechos.

En primer lugar tenemos al Maltrato por omisión 96% este grupo combina el maltrato por descuido/negligencia, abandono, intoxicaciones, no solo se refiere a encontrar lesiones físicas por los descuidos que presentan los niños/as o adolescentes, que son atribuidos a caídas, sino también al estado nutricional, al estado de su ropa e higiene.(Ver Anexo N°6)

De 7 tipos de maltrato identificados, resulta que el que tiene mayor incidencia en el mes de abril, mayo y junio respectivamente es el de Maltrato por Descuido/Negligencia, estos casos se atribuyen a caídas de altura, descuido por parte de los padres o personas que en ese momento estaban a su cargo, si hablamos de las mordeduras de can 4% según lo que refieren los padres de familia se ocasionaron por el descuido a sus hijos, ya que estos hechos fueron cuando estaban cuidando de ellos, pues de los registrados en estos meses 2 de ellos se produjeron en su hogar las víctimas estaban a cuidado de su madre y el otro fue en vía pública, al salir de escuela de sus hermanos, donde la víctima tenía 3 años de edad y en ese momento debió estar a cuidado de su madre, se debería tener más cuidado con sus animales pues al sufrir este tipo de maltrato las lesiones pueden causar marcas indelebles. Si hablamos de las intoxicaciones también son por descuido pues de las 73 atenciones que se realizaron 1 fue en el hogar por descuido de la madre, las otras 2 fueron en el colegio, de igual manera por descuido de las personas que estaban en ese momento a su cuidado. Si nos referimos al 1,4% de maltrato por abandono, fue un paciente de 13 años que no recibió atención médica oportuna, además de no asistir al colegio y presentar un estado nutricional no adecuado para su edad, el restante 13% se debió a lesiones accidentales como los hechos de tránsito alguno de ellos producidos por los padres que se

encontraban en estado de ebriedad, como en el caso de un niño que mientras jugaba debajo del auto su padre no se dio cuenta de él, y éste encendió el auto y provocó lesiones en el menor, otros por el descuido de la madre, cuando se encontraba en el auto con su hijo, éste abrió la puerta y se cayó, y otros accidentes como tal, es decir por falta de cuidado, se debe estar alerta con estos hechos.

En Costa Rica el 81 y el 92% de los pacientes maltratados tienen lesiones de partes blandas, pero menos del 10% de estas son de tipo “patrón”.¹² El trauma craneoencefálico es la causa más frecuente de muerte en menores. El maltrato físico debe tomar en cuenta los golpes, equimosis, abrasiones, hematomas, fracturas, maltrato por omisión nos habla negligencia física se refiere a la vestimenta, la higiene, alimentación o estado nutricional que debe estar de acuerdo al peso, edad y la talla, abandono, como también el descuido o falta de protección es decir si un menor sufre caídas también puede presentar todas lesiones del maltrato físico y negligencia emocional. Un estudio realizado en México refiere que, los tipos de lesión más comúnmente encontrados son; Traumatismos craneoencefálicos 20.36%, Intoxicaciones 13.56%, Fracturas 13.56 %, Desnutrición 8.48 %, Abandono 5.08 %, Caídas 5.08 %, Lesión en la mano 5.08 %, Atropellamiento 3.39 %, Quemaduras 3.39 %, Codo y hombro de niñera 3.39 %, Heridas punzocortantes 1.69 %, Contusiones 1.69 %, Lesiones en genitales 1.69%.¹⁷ Comparando con un estudio realizado en el país de Perú las lesiones encontradas fueron desde equimosis 16%, hematomas 50%, fracturas 3,3%, quemaduras por ladrillo y cigarro 3,3%, violación 10%, también se encontraron lesiones internas y exociraciones en menor porcentaje.¹⁸

En nuestro estudio resultó que de 73 pacientes valorados por algún tipo de maltrato solo se identificaron 67 pacientes que presentaron lesiones, siendo el 92% con lesiones, y el 8% pacientes sin lesiones.

¹² Madrigal-Ramírez, Édgar Alonso. Aspectos médico legales del síndrome del menor agredido. *Acta Médica Costarricense*, vol. 52, núm. 4, octubre-diciembre, 2010, pp. 203-210. San José, Costa Rica, 2010. [En línea] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43414899005> [Marzo, 2016]

¹³ S. Millán et al. *Victimología infantil. Cuad Med Forense 12(43-44):7-19.Pdf*. Enero-Abril 2006. [Marzo, 2016]

¹⁷ Avalos Huizar Xóchitl Adriana. *Síndrome de maltrato al menor. Capítulo no. 32 PDF*. Pág.1-12. México, 2006. [Marzo, 2016]

Las lesiones más frecuentes que se presentaron fue traumatismo craneoencefálico 30%, que se asocia al maltrato por omisión de cuidados ya que la mayoría de estos se atribuyen a caídas de altura, en un mínimo porcentaje se atribuye a los accidentes de tránsito, debemos recalcar que la lesión se diagnosticaron mediante las tomografías realizadas a los pacientes. Tenemos a las excoriaciones 17%, equimosis 12%, fracturas 9%, quemaduras 7% que se dieron por fuego donde se dio 2 casos por explosión de garrafa mientras la madre se encontraba fuera de la casa, los menores se encontraban jugando en la cocina, en el caso de maltrato físico activo se observó que el niño sufrió quemaduras en ambos pies como piernas producidas por el cigarrillo, otros casos por electricidad y sustancias calientes.

Las lesiones por marcas o patrones se dieron por descuido de los padres se encontró un caso de maltrato donde el padre no se dio cuenta que su hijo se encontraba debajo de la llanta del vehículo jugando y éste puso su auto en movimiento provocando lesiones graves en el cuerpo del infante.

En un estudio de King y colaboradores, de 189 niños maltratados se encontró que el 60% tenían lesiones en el húmero, fémur y tibia, también hubo en el radio, cráneo, columna vertebral, costillas, cúbito y peroné (en orden decreciente de frecuencia). Topográficamente el craneo sufre mayor traumatismo 16,6%, cara 13,3%, torax 50%, abdomen 13,3%, pelvis 3,3%, extremidades 96,6%. Lesiones óseas representan la segunda lesión más frecuente un 33% representa el 11 al 15% fractura de huesos largos, 5 % fracturas costales, 2 al 6 % fracturas de clavícula, 3% fracturas de la columna vertebral.²⁰ Según datos del consultorio forense de la ciudad de Sucre las lesiones encontradas fueron 56% en cara, 12% lesiones en cráneo, 5% lesiones en cuello, 14% en tórax, 5% abdomen, 25% miembros superiores, 30% miembros inferiores, 4% genitales.^{24,25} El trabajo realizado en la ciudad de Cochabamba para identificar casos de maltrato infantil, las lesiones encontradas fueron desde hematomas 16%, fracturas 22%, lesiones en piel 6%, excoriaciones 13%, quemaduras 13 %,

²⁰ Castro Dayana. Crisculo Esteban. Universidad de Los Andes. Síndrome del niño maltratado. [En línea] Disponible en: www.intramed.net Vol. 3 / Número 1. Pág., 1-3. Mérida-Venezuela, 2010 [Marzo, 2016]

²⁴ A.R. Peducassé, Estudio de la Violencia física Infantil en el consultorio Forense de Sucre en J. Nuñez de Arco & H. Carvajal (2004) Violencia Intrafamiliar: Abordaje Integral a Víctimas. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria.USFX.p.221 – 226.

²⁵ Jorge Nuñez de Arco Mendoza & A.R.. Peducassé. Victimología y Violencia Criminal. Un enfoque Criminológico y psicológico. Capítulo 10: Violencia Contra el Menor. Pág. 173-188. Sucre, 2004.

equimosis 9%, lesión genital 21%, de los 26 pacientes el 7% tuvieron lesiones graves, referente a la localización de las lesiones están se encontraban el 37% en cabeza, 7% en cara, 7% pabellón auricular, 7% tórax, 3% en abdomen, 23% genitales, 3% glúteos, 13% extremidades.

En nuestro estudio la cabeza es la región con el 33,3% afectada, la cara representa 25%, donde las equimosis 7% abarca región de las mejillas, mentones, párpados, raíz de la nariz, las excoriaciones 9 % se atribuyen a caídas que se localizan en las región genianas, alas de la nariz, frente, mentón, las mordeduras por can 2% abarcan la regiones genianas, párpados y la parte lateral de la región frontal, en párpados también se evidencio edema palpebral a causa de una caída de altura, se observó en otras lesiones hemorragia subconjuntival ocasionado por un auto en atracción manejado por el padre del menor.

Las lesiones en cuello 1% solo se encontraron en 2 pacientes por lesiones de quemadura por la explosión de una garrafa en su domicilio mientras ellos jugaban en su cocina.

Las extremidades superiores 10,5 % es la región donde se encuentran fracturas 2,7% y quemaduras 2,7% son lesiones que los padres atribuyen a caídas en el caso de las fracturas a caídas de altura, las quemaduras son producidas por caídas del nivel de sustentación o tropiezos si vale el termino, luego tenemos a las equimosis, excoriaciones y heridas 1,7%, también debido a caídas.

En tórax encontramos lesiones por marcas o patrones 0,7% en este caso marcas de llantas de auto en la parte superior del tórax, que aparte de producir ese tipo lesión el paciente presentaba neumotórax, excoriaciones.

Las quemaduras observadas en regiones lateras del tórax fueron producidas por fuego, el cual se debió por descuido de la madre por dejar a sus hijos jugar en la cocina de su casa, las lesiones encontradas en espalda y glúteos 4% fueron por maltrato físico.

Las lesiones en abdomen/pelvis representa el 2,7%, se observaron heridas en región pélvica por maltrato físico ocasionada por la madre, quemaduras en abdomen ocasionadas por fuego o flama, y otras 1,7% entre estas lesiones fueron ocasionadas por la ingesta de medicamentos (benzodiacepinas y sulfato ferroso).

El mecanismo más frecuentemente usado para realizar un daño físico es el contundente con 68,1% le sigue el cortocontundente 7,6% y resalta también la cifra reportada por quemaduras por sólidos calientes 1,4%. En muchos de los casos al castigar al menor se producen lesiones principalmente en las extremidades 28,2%, es el sitio del cuerpo de mayor acceso para el agresor, politraumas 26,8%, 19,2% casos reportados como trauma facial.¹⁰ Aunque es frecuente que los niños sufran caídas, es muy poco común que presenten lesiones graves secundarias a esas.

En nuestro estudio las los agentes causan son diferentes, pero el 55% se atribuye a golpe contra piso/pared o caídas de altura, entre otros objetos tenemos a casos que se dieron por ventilador de la casa que causaron heridas en los menores, o las intoxicaciones por medicamentos que se encontraban en casa y fueron ingeridos por los menores sin que la madre se dé cuenta. Los causantes de auto/moto en movimiento son los accidentes de tránsito por padres por exceso de velocidad o por estado de ebriedad, el 8% a los casos que se dieron por fuego/sustancias calientes, en estos casos 2 de ellos se atribuyen a caídas de su propia altura de sustentación o tropiezos se producen por el descuido de la madre en el momento del hecho, los agentes causales por pie o mano fueron los que produjeron el maltrato físico activo, si nos referimos a objeto cortante 1% fue por un cuchillo de cocina con el cual el menor se encontraba jugando en su casa.

Bolivia, indica, que 7 de cada 10 menores son maltratados físicamente en sus hogares y 8 de cada 10 en la escuela y el ámbito laboral.²² Durante los meses de julio a septiembre del 2001, el Dr. Paulsen²⁸ indica que los lugares más frecuentes fueron; el domicilio y lugares de recreación 64,5%, 5% el colegio, 41,5% mientras jugaban y 17% retornaban su domicilio²⁸. El 89.5% de los maltratos a niños y adolescentes se producen dentro del seno de la familia, según datos revelados por las Defensorías de la

¹⁰ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: maltrato al menor. Pág. 92-99. Colombia, 2006 [Enero, 2016]

²² Antonio Edgar Moreno Valdivia. Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil. Rol social de las defensorías. Maltrato infantil y el rol social de las Defensorías. La Paz - Bolivia, 2004. [marzo, 2016]

²⁸ Drs. Kurt Paulsen Sandi y Col. Factores de Riesgo para accidentes en niños. Hospital del niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". Rev. Soc. Bol. Ped. 2003; 42(2): Pág. 86-92.PDF. La Paz – Bolivia 2003. [Enero,2016]

Niñez y Adolescencia. Comparando los datos de nuestro estudio el hogar es donde ocurren estos hechos con el 56%, seguido de 19% en vía pública, 9% en lugares de recreación/deporte, escuela 7% y otros lugares como el lugar de trabajo de la madre el 9%.

En otros lugares del país hacen referencia a personas desconocidas como potenciales agresores de los niños y adolescentes, sin embargo muchos estudios coinciden que la madre es la potencial agresora en cuanto al maltrato físico, pero si hablamos del abuso sexual el 24,2% de los casos el agresor fue el padre sustituto, padre biológico 12,6%, otros familiares 27,6% como hermano, abuelo, tíos, primos.¹⁹ Los progenitores se constituyen en los principales agresores, sumando un 77%, ya que en 44.7% de casos el agresor es el padre del menor, en 32.9 % lo es la madre y en 2% el padrastro. También se verificó que tíos y tías son responsables del 4.8 % de los abusos, en tanto que los abuelos lo son en un 3.3 % y los hermanos en un 1.8 %.

Comparando los resultados de nuestro trabajo el maltrato por acción esta dado los padre, madre y padrastro en un 4%, cuando hablamos de maltrato por omisión de cuidados la madre, padre representa el 3%, pero el 63% están atribuidas a las caídas de altura al menos eso es lo que refieren los padres de familia, y el 22% por lesiones accidentales es decir hechos de tránsito, el resto está dado por intoxicaciones, mordeduras de can, no debemos olvidar que los niños, niñas o adolescentes pueden provocarse lesiones accidentales, pero si estas sucedieron fue por falta de cuidado ya que la mayoría de estos casos se encontraban en su hogar a cuidado de una persona adulta.

¹⁹ Dres. Gabriela Bellinzona, Marcelo de cuadro, Gloria charczewski, Ivonne rubio maltrato infantil y abuso sexual análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados En el centro hospitalario Pereira Rosell en el período 1/1998-12/2001. Rev med Uruguay pág. 59-67. Montevideo, Uruguay. 2005 [marzo, 2016]

X.- CONCLUSIONES

- A. Se identificaron desde un punto de vista médico legal, 73 casos atendidos en los 9 de 10 servicios de pediatría del hospital del niño, por maltrato infantil en sus diferentes tipologías, siendo el servicio de neurocirugía, traumatología, quemados y pediatría general, los servicios con mayor número de casos.
- B. Del total de 73 pacientes atendidos con rango de edad de 0 a 15 años de edad, resultó que son del sexo masculino, con el rango de edad de 0 a 5 años que sufren con mayor frecuencia de algún tipo de maltrato.
- C. Se identificaron 7 tipos de maltrato infantil, como el maltrato físico, maltrato por descuido/negligencia, maltrato por abandono, intoxicaciones, abuso sexual, lesiones accidentales y mordeduras de can. Siendo más frecuente el maltrato por omisión de cuidados que se atribuyen a descuido/negligencia, abandono, intoxicaciones, descuido accidental y mordeduras de can.
- D. Se identificaron lesiones de tipo; equimosis, hematoma, excoriaciones, eritema, TEC, fracturas, heridas, quemaduras, mordeduras de animal, mordeduras humanas, marcas o patrones de ciertos objetos y otras lesiones como infecciones, hemorragias. Siendo la lesión más frecuente el TEC que se atribuye a maltrato por omisión de cuidados estas por caídas de altura. Mediante la exploración física realizada a los pacientes y por estudios complementarios como la tomografía se concluyó que la cabeza es la región corporal donde se localizan con mayor frecuencia las lesiones, seguida de cara, y las extremidades superiores e inferiores.
- E. Los agentes causales más comunes son golpe contra piso/ pared en otras palabras contusiones, que son atribuidos a caídas de altura, otro agente causal son los automóviles o motos en movimiento, también tenemos al fuego/flama o sustancias calientes, objetos cortantes, electricidad, medicamentos, mordeduras de animal y

mordeduras humanas, la falta de atención médica oportuna que deriva en una infección como agente causal para maltrato por descuido/abandono.

- F. El hogar es el lugar donde se producen con mayor frecuencia, específicamente los hechos por maltrato por omisión de cuidados, seguido de la escuela, vía pública donde ocurren los hechos de tránsito, o los lugares de deporte y recreación como son los parques infantiles, entre otros lugares tenemos al lugar de trabajo de las madres que están al cuidado de sus hijos/as.
- G. Los padres de familia atribuyen a las caídas de altura, como los causantes de las lesiones, pero si hablamos del entorno familiar cuando nos referimos al maltrato por acción ambos padres son los que generan violencia sobre sus hijos pero en menor frecuencia.
- H. Si bien el hospital del niño cuenta con un médico legista que se encuentra en la unidad de medicina legal de reciente creación dentro del nosocomio y entre sus funciones esta la identificación de maltrato infantil, así como también forma parte del comité contra el maltrato junto al psicólogo, médico de planta, y trabajadora social, es importante para la institución contar con una unidad de “Atención Integral al Niño, Niña o Adolescente Maltratado” para poder detectar de forma precoz y oportuna niños de víctimas de violencia que podrá mejorar la calidad de atención y la resolución de casos así evitar la re-victimización por maltrato infantil. (Ver Anexo N°7)

XI.- RECOMENDACIONES

1. Una de las principales recomendaciones que se pueden realizar tras este estudio es la elaboración de un modelo estándar de maltrato infantil ajustado a los protocolos, normas vigentes, y que sea de fácil elaboración, facilitando así la labor de los médicos, y pasando a ser un instrumento de trabajo viable y práctico, consiguiéndose con ello aumentar la calidad de atención.
2. Se deben reforzar las acciones de sensibilización, educación y capacitación que integren el conocimiento de los elementos fundamentales para entender e identificar el maltrato infantil en el hospital del niño en sus diferentes servicios de pediatría, en todo su personal tanto medico como administrativo.
3. Se recomienda dar capacitación al personal de enfermería para poder identificar el maltrato infantil en sus diferentes tipologías, y no solo este tipo lesiones, sino otras como la identificación de pacientes que llegan en estado crítico.
4. Se debe incrementar el conocimiento de los padres, los niños, niñas y adolescentes, sobre las características y las consecuencias del maltrato infantil en general, en particular el derecho a una vida libre de violencia.
5. Diseñar actividades y establecer comisiones de colaboración entre instituciones para trabajar y conseguir metas en la prevención, atención y erradicación del maltrato infantil en la familia y fuera de ella.
6. Fortalecer los sistemas de defensorías que permitan a niñas, niños y adolescentes que sufren algún tipo de maltrato, el acceso a la protección, la atención y el acompañamiento necesario para acceder a la justicia.

7. Lo ideal a futuro tomando en cuenta que el hospital del niño tiene su propio médico legista, se debería crear un vínculo con la fiscalía, ministerio de salud o sedes, para que se pueda extender el certificado médico forense, ya que aun no está vigente la homologación de certificado único, esto para el médico legista del hospital pueda otorgar días de incapacidad a los pacientes que encuentran internados en el hospital y necesitan ser valorados, y evitamos la re-victimización.
8. El crear una base de datos, para tener estadísticas certeras sobre casos de maltrato infantil en general.
9. Ampliar los conocimientos sobre maltrato, ya que esta palabra maltrato no solo se basa a los golpes o las lesiones físicas, o abuso sexual que pueden presentar los menores, es un término tan amplio, que la falta de conocimiento a veces nos hace incurrir en diagnósticos erróneos.
10. Finalmente, es importante recordar que la atención del niño debe estar en manos de un equipo interdisciplinario, con entrenamiento y habilidad. Este equipo debe ser integrado por pediatras, trabajadoras sociales, psicólogos, el médico legista del hospital y un coordinador de consultas legales, como mínimo para brindar una atención de calidad.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez E, Reyes. Maltrato Infantil, un problema inquietante. Boletín Médico Hospital Infantil. México. 1993.
2. Rodríguez M, Cerón M. Maltrato infantil [En línea] 2009. [Consultado Marzo, 2016]. Disponible en: <http://www.mipediatra.com/infantil/maltrato.html>.
3. Rodríguez H. Síndrome del niño maltratado. Nosotros: Violencia y maltrato. [En línea]. 1996. [Consultado Marzo, 2016]. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sindrome%20nino%20maltratado.pdf>.
4. Tamayo M L. Texto de la cátedra de Pediatría. Maltrato Infantil. 3° Edición. La Paz, Bolivia. 2007.
5. Patito J A. Medicina Legal: Violencia Familiar. Ediciones centro norte. Buenos Aires, Argentina.2000.
6. Anónimo. El maltrato infantil es práctica tolerada en América Latina y el Caribe. [En línea]. 2010. [Consultado Febrero, 2016]. Disponible en: http://www.onu.org.ve/index.php?option=com_conten&task=view&id=175&Itemid=1.
7. Ministerio de Salud de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Guía clínica detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. [En línea]. Santiago de Chile; 2013. [Consultado Enero, 2016] Disponible en: www.minsal.cl y www.unicef.cl
8. González O J. Violencia intrafamiliar: una forma de relación, un asunto de derechos humanos. Colombia. 2002.

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

9. Lago B G, Rojas G G, Posada V A, Montúfar N M. Síndrome de maltrato infantil. Bogotá, Colombia, 2006.
10. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia intrafamiliar: maltrato al menor. Colombia, 2006.
11. Molledo C, Miranda M. Protegiendo los derechos de Nuestros niños y niñas. Prevención del maltrato y el abuso sexual infantil en el espacio escolar manual de apoyo para profesores fundación de la familia ministerio de justicia. Chile, 2004.
12. Madrigal R E A. Aspectos médico legales del síndrome del menor agredido. Acta Médica Costarricense. 2010; 52(4) p. 203-210. [En línea] San José, Costa Rica, 2010. [Consultado Marzo, 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43414899005> .
13. S. Millán et al. Victimología infantil. Cuaderno Medicina Forense. 2006; 12(43-44) p. 7-19.
14. Centro Reina Sofía. Informe maltrato infantil en la familia. Madrid, España. 1997-1998.
15. Centro Reina Sofía. Estudio de la Violencia. Madrid, España. 2002.
16. Gobierno de España. Maltrato infantil guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. España. 2006.
17. Ruiz D M A .Maltrato Infantil: Protocolos de Actuación. 2ª Edición. Madrid, España. 2008.
18. Avalos H X A. Síndrome de maltrato al menor. México. 2006.

19. Carmona Ch J, Castro M J. Revista de nuevo psiquiatría: el síndrome del niño maltratado. Lima, Perú. s. f.
20. Bellinzona G, Charczewski G, Rubio I. Maltrato infantil y abuso sexual análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el centro hospitalario Pereira Rosell en el período 1/1998-12/2001. Montevideo, Uruguay. 2005.
21. Castro D, Criscuolo E. Síndrome del niño maltratado. 2010; 3 (1) p 1-3. [En línea] Mérida, Venezuela 2010. [Consultado Marzo, 2016] Disponible en: www.intramed.net
22. Instituto nacional de estadística (INE). Estudio de “Violencia contra la Niñez”: niños y niñas sufrieron castigos en 83% de los hogares bolivianos. [Homepage en línea] La Paz, Bolivia; 2007. [Actualizada y consultada Marzo, 2016] disponible en : <http://www.ine.gov.bo>
23. Moreno V A E. Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil y el rol social de las Defensorías. La Paz, Bolivia. 2004.
24. Peredo Z O M. Trabajo de grado para la obtención del Título de Especialista en Pediatría: Detección de casos de maltrato físico infantil en el hospital del niño “Manuel Ascencio Villarroel” [Monografía en línea] Cochabamba, Bolivia; 2009. [Consultado Marzo, 2016]
25. Peducassé A.R. Estudio de la Violencia física Infantil en el consultorio Forense de Sucre En: Núñez de Arco J, Carvajal H. Violencia Intrafamiliar: Abordaje Integral a Víctimas. Sucre: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. USFX; 2004.p.221 – 226.

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

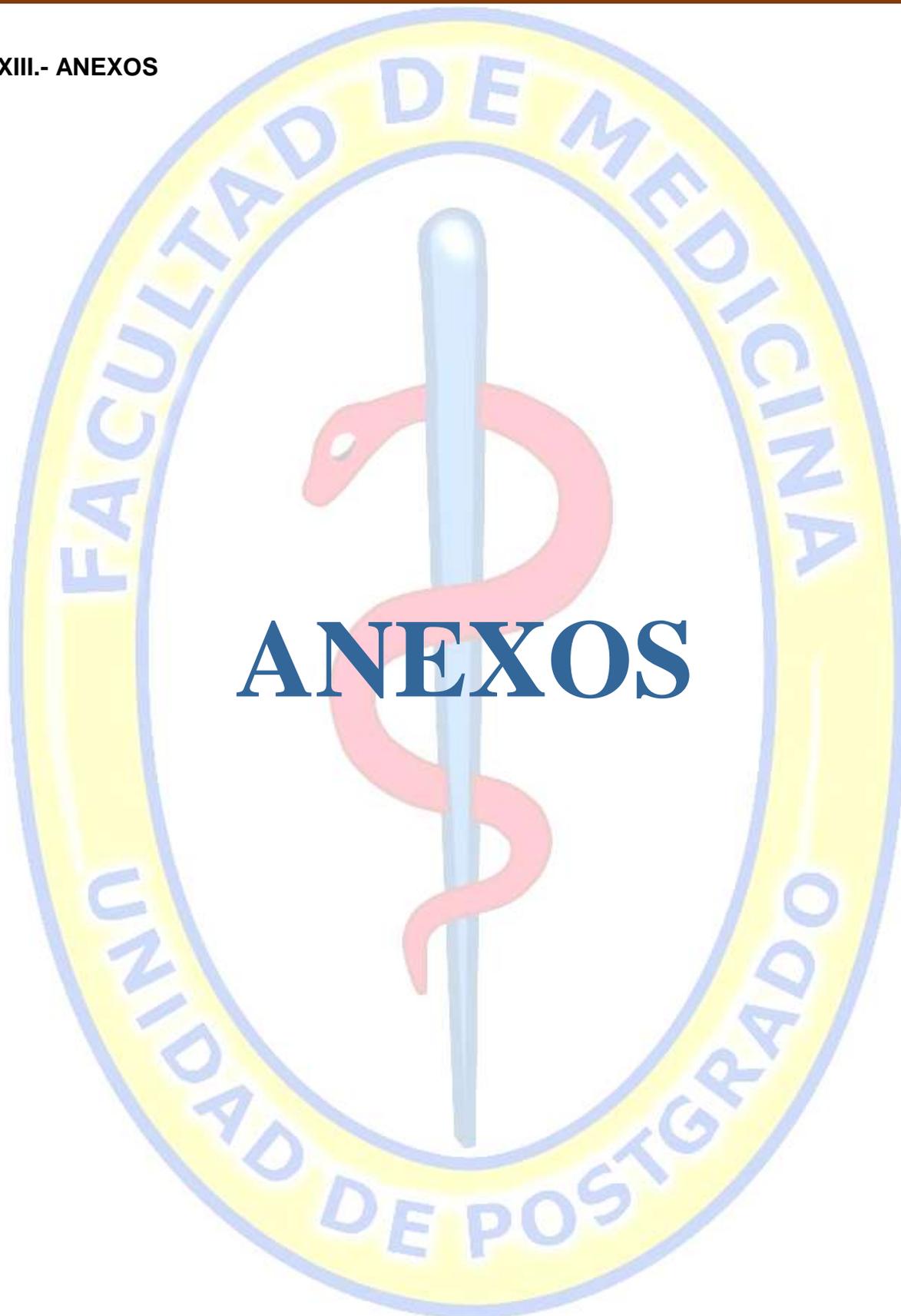
26. Núñez de Arco M J, Peducassé A R. Victimología y Violencia Criminal. Un enfoque Criminológico y psicológico: Violencia Contra el Menor. Sucre, Bolivia: Ed. Proyecto Sucre Ciudad Universitaria. USFX; 2004.
27. Onostre G R, Sandoval M O. Síndrome del niño Maltratado. Revista Sociedad Boliviana de Pediatría. 1994; 33(1): p. 13-19.
28. Sandoval M O. Maltrato en el Recién Nacido. Revista Sociedad Boliviana de Pediatría. 1998; 37(2): p. 55-59.
29. Paulsen S K y Col. Factores de Riesgo para accidentes en niños. Hospital del niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". Revista Sociedad Boliviana de Pediatría. 2003; 42(2): p. 86-92.
30. Loredó-Abdala A, Trejo H J, García P y Col. Grupo Académico de la Comisión para el estudio y atención integral del niño maltratado. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Acta Pediátrica México. 2010: 31(Sup.1): p. 51-57.
31. Corsi, J. Violencia Intrafamiliar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 2006.
32. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Datos estadísticos referentes a menores maltratados durante el año 2009, dirección General Jurídica y de enlace institucional. [En línea] México, 2009. [Consultado noviembre de 2015] Disponible en: <http://www.dif.gob.mx/Estadisticas/default.asp?id=4&mnu=4>
33. Delgado A. Grandes síndromes en pediatría: Maltrato en el niño. España. 1996.

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

34. Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejar de la Conducta del Paciente Maltratado. Acta Odontológica Venezolana. 2002; 40(3)
35. Grandini G J. Medicina Forense. Síndrome del Niño Maltratado. 3º Edición. Editorial Manual Moderno. México, D.F. 2014.
36. Basile A. Fundamentos de Medicina Legal Deontología y Bioética. 6ª edición. Editorial El Ateno. Buenos Aires, Argentina. 2015.
37. Moreno M. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. Anales de Psicología 2002; 18: p.135-150.
38. Ministerio de Salud y Deporte. Norma en la Atención de la violencia y sus efectos. Maltrato al niño/niña o adolescente. 1ª Edición. Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES. La Paz, Bolivia. 2012.
39. Calabuig G J A. Medicina Legal y Toxicología: Violencia Familiar. 6ª Edición. Editorial Masson. Barcelona, España. 1999.
40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C: OMS; 2003.
41. Mojarro I M. Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. México, 2006.
42. UNICEF Comité Español. Convención sobre los Derechos del Niño. Madrid, España, 2006.
43. Código Niño, niña o adolescente de Bolivia. Ley 2026. Art.108. La Paz, Bolivia. 2010.

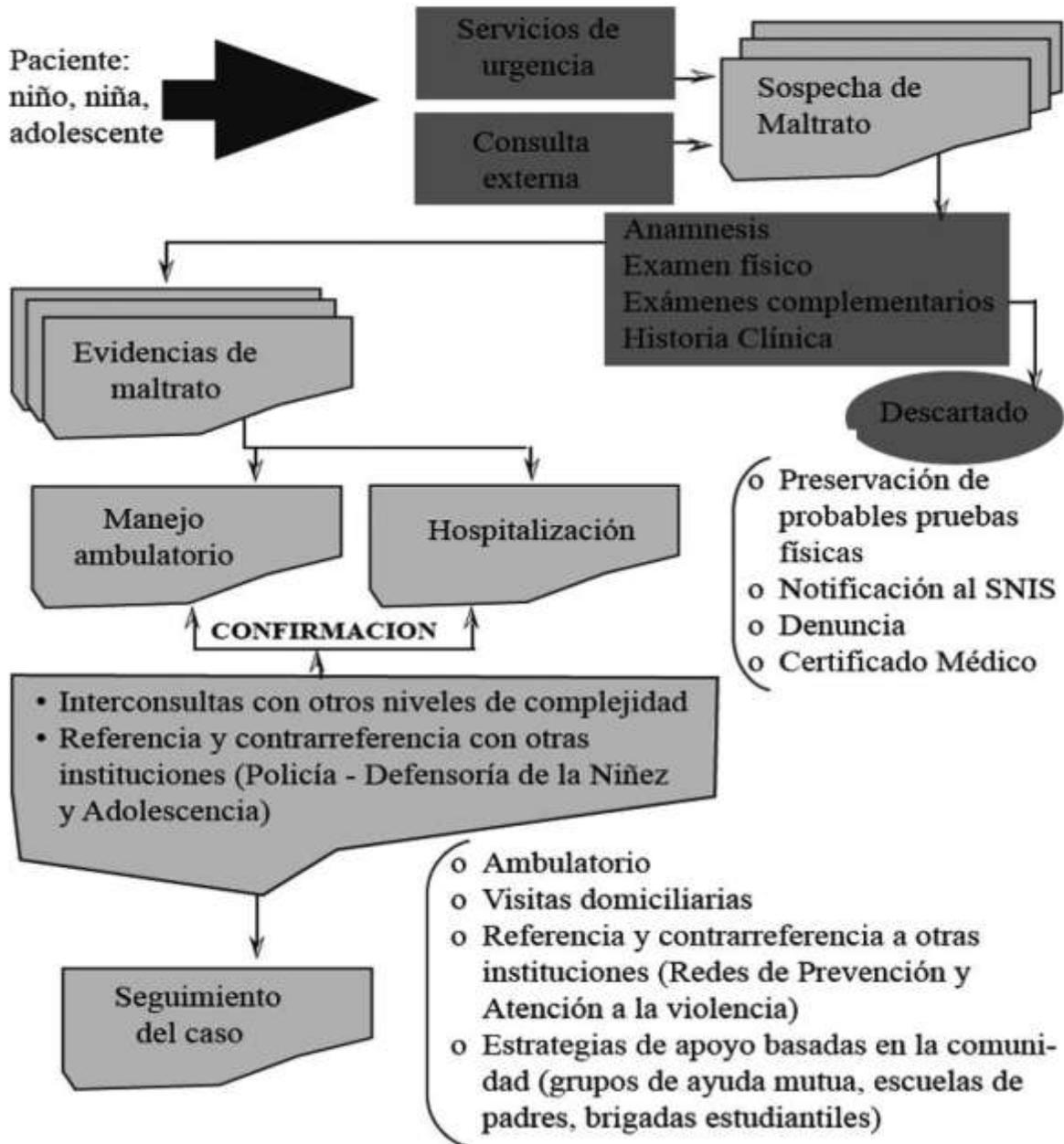
44. Araluze L I y Col. Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Clínica Forense de Bilbao. Portugal, 2000.
45. Comité Nacional de Prevención de Maltrato Infantil coordinado por el Ministerio de Justicia. Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas. Santiago de Chile, Chile. 2000.
46. Moltedo C, Miranda M. Prevención del Maltrato y el Abuso Sexual Infantil en el espacio escolar. Santiago de Chile. 2004.
47. Código Niña, Niño y Adolescente. Ley N° 548 de 17 de Julio del 2014. Asamblea Legislativa Plurinacional. (18-07-2014)
48. Centellas C. Código Penal de Bolivia. Editorial El Original. La Paz, Bolivia. 2013.
49. Salazar V, Sandóval O, Mejía H. Prevalencia y mortalidad por accidentes en niños menores de 10 años Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". Rev. Soc. Bol. Ped. 2002; 41 (3): p.120-124.
50. Instituto nacional de estadística (INE). La Paz: población total proyectada, por área y sexo, según años terminados en 0 y 5, 2000-2030. [Homepage en línea] La Paz, Bolivia; 2016. [Actualizada y consultada Noviembre, 2016] disponible en : <file:///H:/Instituto%20Nacional%20de%20Estad%20C3%ADstica%20de%20Bolivia.html>

XIII.- ANEXOS



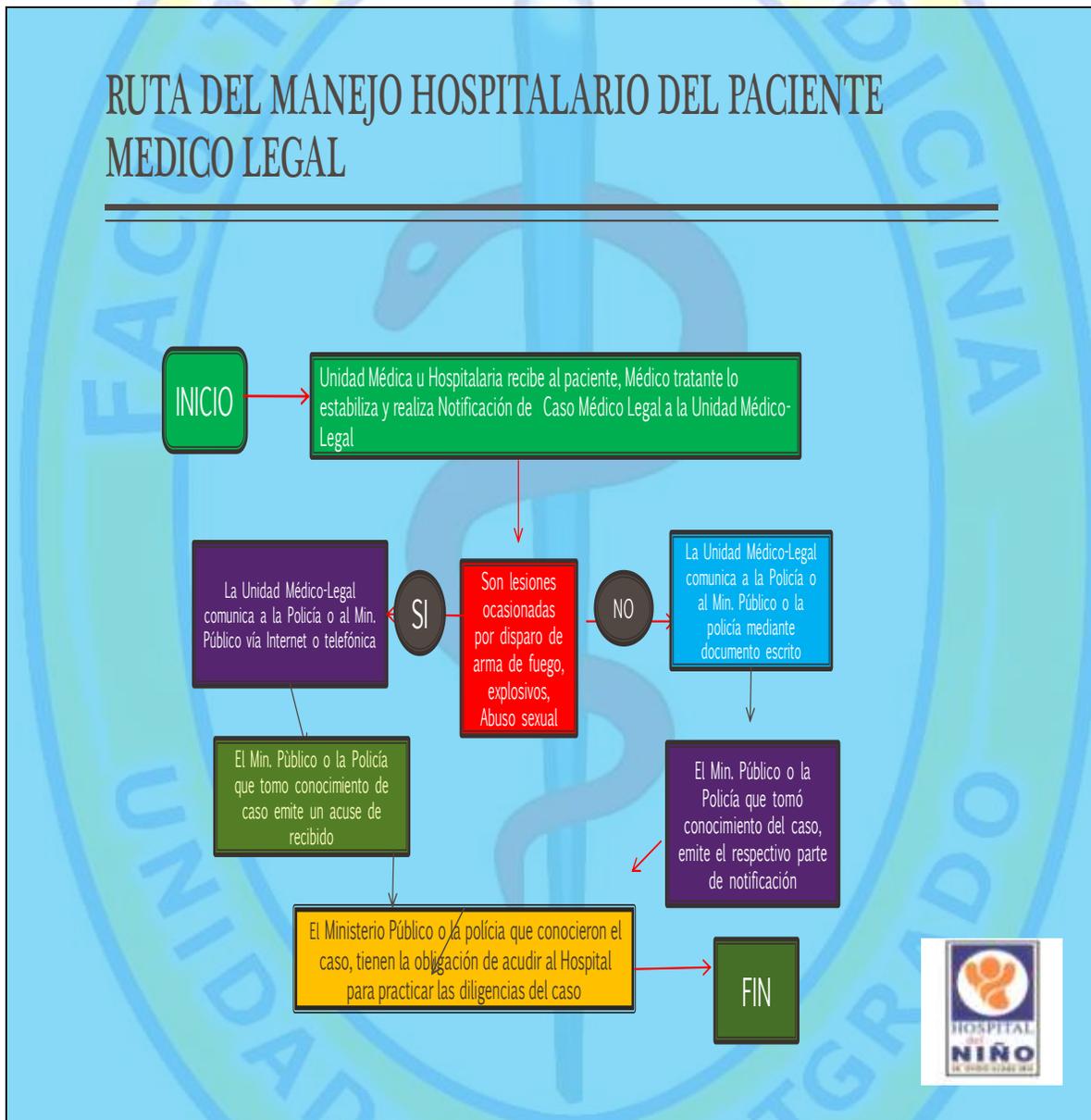
ANEXO Nº 1: FICHA FLUJOGRAMA DE ATENCION AL MENOR MALTRATADO.

FICHA TÉCNICA Nº 4
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO



Fuente: Norma en la Atención de la violencia y sus efectos. INASES. La Paz, Bolivia. 2012.

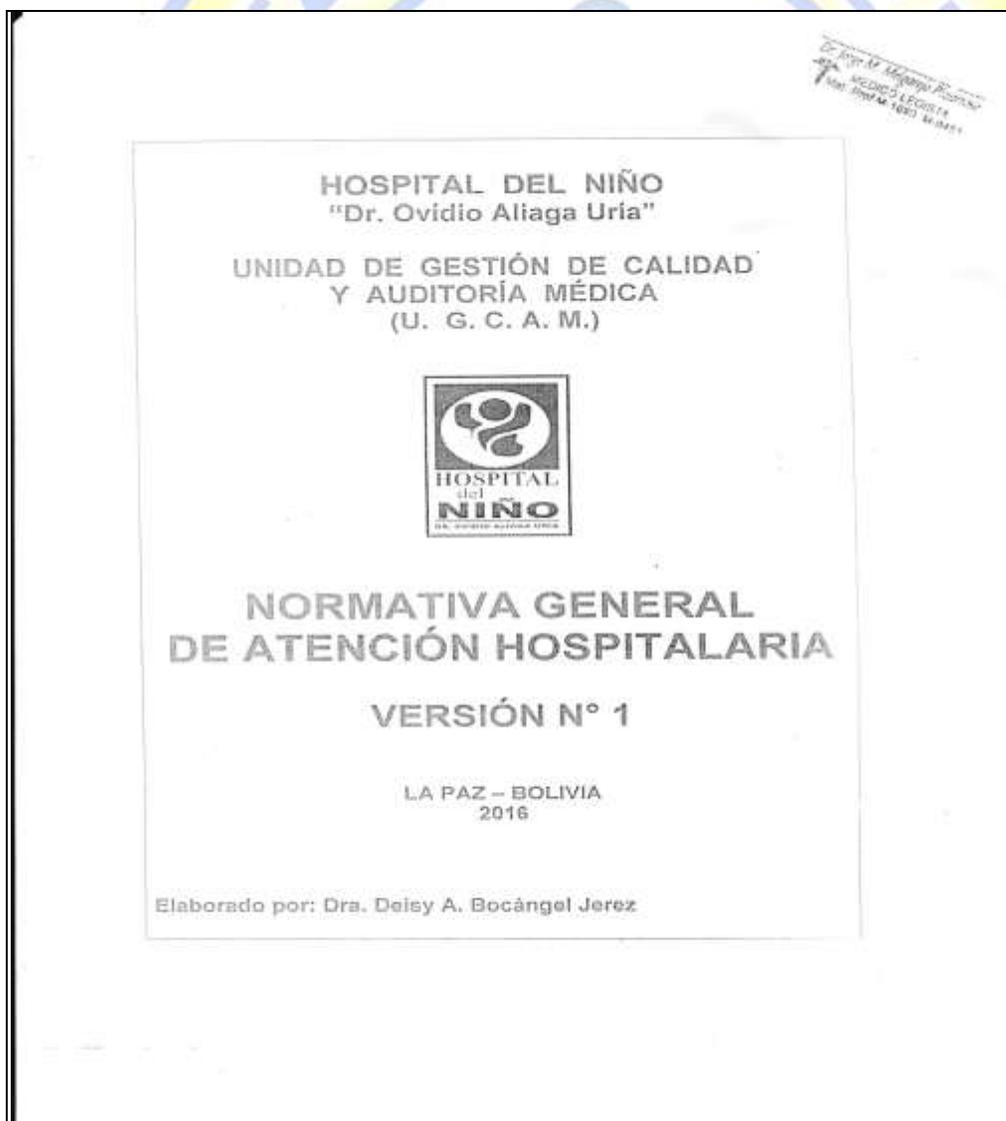
**ANEXO Nº 2: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO
HOSPITAL DEL NIÑO.**



Fuente: Manual Unidad de Atención Médico Legal Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" .La Paz, Bolivia. 2016.

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

**ANEXO Nº 3: NORMATIVA GENERAL DE ATENCION HOSPITALARIA.
HOSPITAL DEL NIÑO.**



Fuente: Normativa General de Atención Hospitalaria. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz, Bolivia. 2016.

**ANEXO Nº 3: NORMATIVA GENERAL DE ATENCION HOSPITALARIA.
HOSPITAL DEL NIÑO.**

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"
R.C.T.A. 01



RESOLUCION DEL COMITÉ TÉCNICO ADMINISTRATIVO
DEL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"
No. 01/2016



CONSIDERANDO:
Que, la presentación de la **NORMATIVA GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA** y **EL MANUAL DE FUNCIONES** elaborada por la Dra. Deisy A. Bocangel Jerez, regula el funcionamiento y procesos administrativos que deben cumplir los funcionarios del Hospital del Niño.
Que, es función del Consejo Técnico Administrativo del Hospital, velar por la idoneidad de los documentos presentados conforme a la Resolución Ministerial 854 del 18 de noviembre del 2005 que faculta la elaboración de normas técnicas de uso interno en los Hospitales de Tercer Nivel de Atención.
Que, el Reglamento General de Hospitales, faculta al Consejo Técnico Administrativo a aprobar los manuales de funciones, procedimientos, de organización y otros que faciliten la calidad de atención al usuario externo.
Que, los documentos normativos de funciones y procedimientos deben ser revisados y actualizados en forma bianual, y estando en vigencia los manuales del 2007 es imprescindible su actualización.
Que, es necesaria la implementación con las modificaciones correspondientes al crecimiento de personal y equipamiento, mejorando la calidad de atención al paciente.

POR TANTO
En Consejo Técnico Administrativo y en uso de sus atribuciones

RESUELVE
ARTICULO UNICO.-
Apruébese el **MANUAL DE FUNCIONES Y LA NORMATIVA GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA** como documentos de uso del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" y cuyo tenor es de cumplimiento obligatorio de todo el personal profesional, administrativo, de servicios y manuales.

Es dado en la ciudad de La Paz, 5 de mayo de 2016
Regístrese, comuníquese y archívese


Lic. Freddy Maldonado Flores
Jefe Departamento Administrativo


Dr. José G. Huanca Luna
Director


Dr. Alfredo Méndez
Jefe Departamento de Pediatría Ambulatoria


Dr. Jorge Galindo
Jefe Departamento de Cirugía



Calle My. Zubieta N° 100 - Miraflores
www.hospitaldelnino.com.bo
La Paz - Bolivia

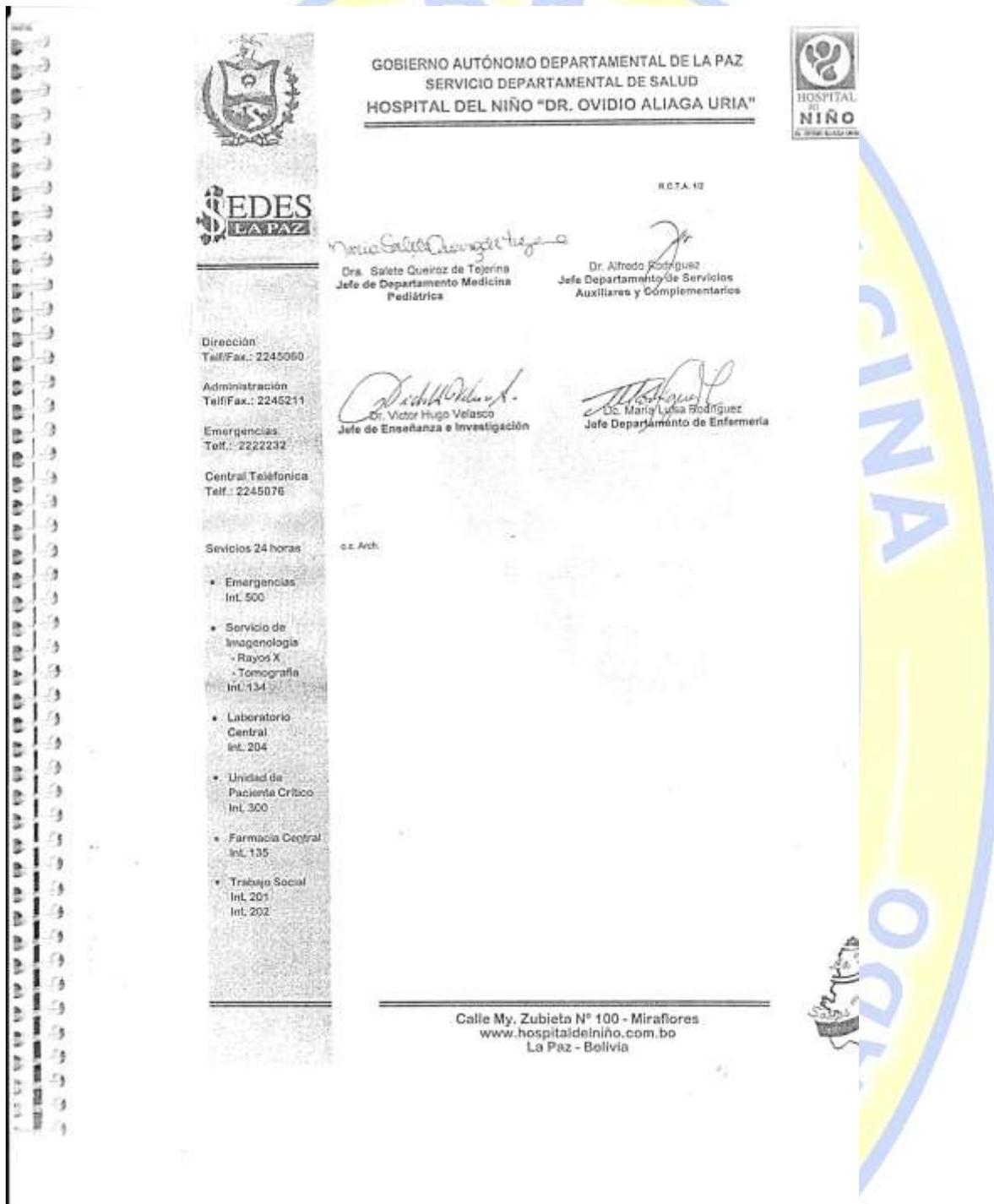


Fuente: Normativa General de Atención Hospitalaria. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz, Bolivia. 2016.

ANEXO N° 3: NORMATIVA GENERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

HOSPITAL DEL NIÑO.



SEDES LA PAZ

**GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"**

R.C.T.A. 10

Dr. Salette Queiroz de Tejerina
Dr. Salette Queiroz de Tejerina
Jefe de Departamento Medicina
Pediátrica

Dr. Alfredo Rodríguez
Dr. Alfredo Rodríguez
Jefe Departamento de Servicios
Auxiliares y Complementarios

Dr. Victor Hugo Velasco
Dr. Victor Hugo Velasco
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. María Lúcia Rodríguez
Dr. María Lúcia Rodríguez
Jefe Departamento de Enfermería

c.c. Arch.

Dirección
Telf/Fax.: 2245060

Administración
Telf/Fax.: 2245211

Emergencias
Telf.: 2222232

Central Telefónica
Telf.: 2245076

Servicios 24 horas

- Emergencias Int. 500
- Servicio de Imagenología - Rayos X - Tomografía Int. 134
- Laboratorio Central Int. 204
- Unidad de Paciente Crítico Int. 300
- Farmacia Central Int. 135
- Trabajo Social Int. 201 Int. 202

Calle My. Zubieta N° 100 - Miraflores
www.hospitaldelniño.com.bo
La Paz - Bolivia

Fuente: Normativa General de Atención Hospitalaria. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz, Bolivia. 2016.

ANEXO Nº 3: NORMATIVA GENERAL DE ATENCION HOSPITALARIA.

HOSPITAL DEL NIÑO.



XIII. LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA EL MÉDICO LEGISTA

De la Medicina se desprenden varias ramas; una de ellas es la Medicina Legal, Medicina Judicial o Medicina Forense. Esta rama está destinada a resolver los problemas que plantea el Derecho, aplicando todos los conocimientos médicos y biológicos requeridos para determinar, entre otros, el origen de las lesiones sufridas por una persona o determinar la causa de la muerte mediante el examen de un cadáver.

Esta rama, está estrechamente ligada con el "Derecho Médico" y por ello en la práctica diaria de los tribunales de justicia, constituye un vital apoyo y ayuda para los jueces en la administración de justicia, donde el médico especialista, es considerado y actúa como un "perito".

El médico que se especializa en esta rama de la medicina, recibe el nombre de Médico Forense o Médico Legista.

El Hospital del Niño, ahora cuenta con un especialista en esta rama y su desempeño depende directamente de la Unidad de Trabajo Social, de la Unidad de Gestión de Calidad y Auditoría Médica y de la Dirección del Hospital del Niño.

Como Médico Forense, su labor es de carácter médico y su desempeño debe ser coordinado con las diferentes instancias correspondientes del hospital. Así:

1. Su trabajo desde el punto de vista médico, está en relación a todos los casos de Maltrato Infantil.
2. Será realizado en estricta coordinación con la Unidad de Trabajo Social.
3. Será realizado en estricta coordinación con el médico de cada unidad hospitalaria (Jefe o médico de base).

105

ANEXO Nº 3: NORMATIVA GENERAL DE ATENCION HOSPITALARIA. HOSPITAL DEL NIÑO.

4. Todo Informe Médico relacionado a patología de Maltrato Infantil, según donde se encuentre hospitalizado el paciente, debe llevar el visto bueno del Jefe de la unidad o del Médico de base-médico tratante, o del Médico de Guardia.
5. Por tratarse de un cargo de reciente creación, el trabajo de nuestro Médico Legista desde el punto de vista legal, aún no tiene el reconocimiento del Ministerio de Justicia ni del Ministerio de Salud. En tanto no se cuente con una Resolución escrita que lo autorice, la colecta de muestras para los casos de agresión sexual y los Informes Forenses serán realizados por el Médico Forense que designe la Defensoría de la Niñez, una vez que la Unidad de Trabajo Social, realice la denuncia correspondiente del caso.
6. En todos los casos de maltrato Infantil, la denuncia a la Defensoría de la Niñez, será realizada a través de la unidad de Trabajo Social:
 - a. De lunes a viernes en el horario de 08:30 a 19:00
 - b. Fines de semana y feriados, la denuncia se canaliza en coordinación del Médico de Guardia, Médico Legista y Personal de Seguridad (Policía) del Hospital del Niño.
 - c. Los casos de maltrato infantil y agresión sexual atendidos en fines de semana y feriados, tal como se especificó en el Capítulo III- numeral 5, serán comunicados a la Unidad de Trabajo Social, a primera hora del primer día hábil de trabajo, por el médico de la unidad donde se encuentra hospitalizado el paciente.

106

Fuente: Normativa General de Atención Hospitalaria. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz, Bolivia. 2016.

ANEXO Nº 3: NORMATIVA GENERAL DE ATENCION HOSPITALARIA.

HOSPITAL DEL NIÑO.



XIV. LINEAMIENTOS NORMATIVOS COMPLEMENTARIOS

1. Todo Acto Médico (procedimientos médico-quirúrgicos, medicina física y rehabilitación, nutrición, enfermería, etc.) se registra en forma escrita y cronológica en el expediente clínico con fecha, hora, firma y sello del médico o profesional en salud que lo realiza.
2. El personal médico del Hospital del Niño, no solo debe demostrar su actuación en apego a normas y protocolos, sino que ésta debe estar descrita en el Expediente Clínico, más aún ante la eventualidad de complicaciones.
3. En ausencia de registros, se presume que no se siguieron las normas y protocolos establecidos; esta omisión puede interpretarse en forma equivocada, como una supuesta negligencia médica.
4. Es importante dejar constancia escrita de todo lo realizado con el paciente. Lo que no está escrito, NO EXISTE.
5. Todas estas actividades, el Médico de Base las realizará en forma conjunta y en estrecha colaboración con el Médico Residente en formación.
6. Por tratarse de un Hospital de Enseñanza, el trabajo y desempeño del Médico Residente, debe ser supervisado de manera constante por el Médico de Base, avalando con su firma y sello esta supervisión.
7. Por tratarse de un Hospital de Enseñanza, el trabajo de los estudiantes que se desempeñan en las diferentes unidades hospitalarias (laboratorio, farmacia, enfermería, medicina física y rehabilitación, etc.), debe ser supervisado por los correspondientes profesionales de base, avalando con su firma y sello esta supervisión.

107

ANEXO Nº 4: REGISTRO DE ATENCION EN CASO DE MALTRATO INFANTIL.



REGISTRO DE ATENCION EN CASO DE MALTRATO INFANTIL

UNIDAD MEDICA: _____ **NºH.C:** _____ **OMISIÓN:** _____ **ACCIÓN:** _____

USUARIO (A) AFECTADO (A)

1.- NOMBRE _____ Y

APELLIDOS: _____

2.- FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

3.- EDAD: _____ AÑOS _____ MESES

4.- SEXO: F () M () PESO: _____ KG. TALLA: _____ CM

5.- GRADO DE ESCOLARIDAD: INICIAL () PRIMARIA () SECUNDARIA ()

6.- DIRECCION _____

DOMICILIO _____

7.- EL NIÑO/A FUE TRAIIDO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR: _____

EVENTO

8.- ¿POR QUÉ TRAJO AL NIÑO? _____

9.- PRIMERA CONSULTA () CONSULTA REPETIDA ()

10.- FECHA DEL EVENTO: ____/____/____

11.- TIPO DE MALTRATO: FISICO () SEXUAL () ABANDONO () DESCUIDO/NEGLIGENCIA ()

12.- DIA DE LA SEMANA QUE OCURRIO: _____

13.- SITIO DONDE OCURRIO: HOGAR () ESCUELA () RECREACION/ DEPORTE () VIA PUBLICA () OTRO _____

14.- CIRCUNSTANCIAS DE COMO SUCEDIÓ EL EVENTO; _____

15.- CONSECUENCIA RESULTANTE: CONTUSION () LUXACION () FRACTURA () HERIDA () QUEMADURAS () OTRO _____

16.- AGENTE DE LA LESION: FUEGO/FLAMA/SUST CALIENTE () OBJETO PUNZOCORTANTE () OBJETO CORTANTE () GOLPE CONTRA PISO /PARED () PIE O MANO () ARMA DE FUEGO () MULTIPLE () IGNORA () OTRO _____

17.- LUGAR DEL CUERPO AFECTADO PRINCIPALMENTE: CABEZA () CARA () CUELLO () BRAZOS/MANOS () TORAX () ABDOMEN/PELVIS () ESPALDA /GLUTEOS () PIERNAS/PIES () AREA GENITAL () OTRO _____

18.- GRAVEDAD DE LA LESION: LEVE () MODERADO () GRAVE ()

EXAMEN GENERAL

PESO: _____ KG TALLA: _____ CM NO ADECUADO A LA EDAD () ADECUADO A LA EDAD ()

19.- ESTADO NUTRITIVO: SOBREPESO () ADECUADO () DESNUTRIDO ()

20.- ESTADO DE HIGIENE: BUENO () DISCRETO () MALO ()

21.- ESTADO DE LA ROPA BUENO () DISCRETO () MALO ()

EXAMEN FISICO

EXAMEN DE LA SUPERFICIE CORPORAL

22.- UBICACIÓN DE LAS LESIONES A DETALLAR: (ANOTAR TIPO, FORMA, MEDIDA, ANTIGÜEDAD, LOCALIZACIÓN)

A.- CABEZA

B.- CUELLO

C.- FRENTE

D.- REGIÓN OCULAR

E.- BOCA

F.- DIENTES ROTOS

G.- FRENILLO

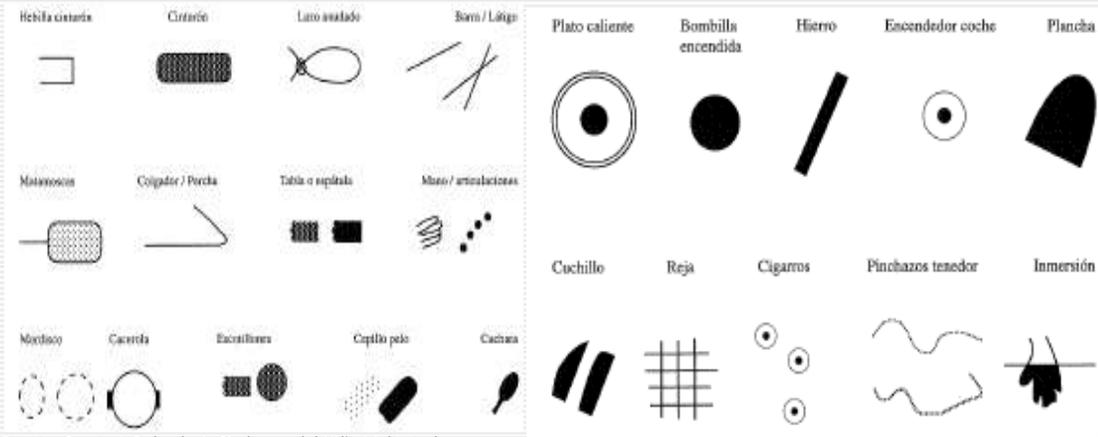
H.- TABIQUE NASAL

I.- TÓRAX

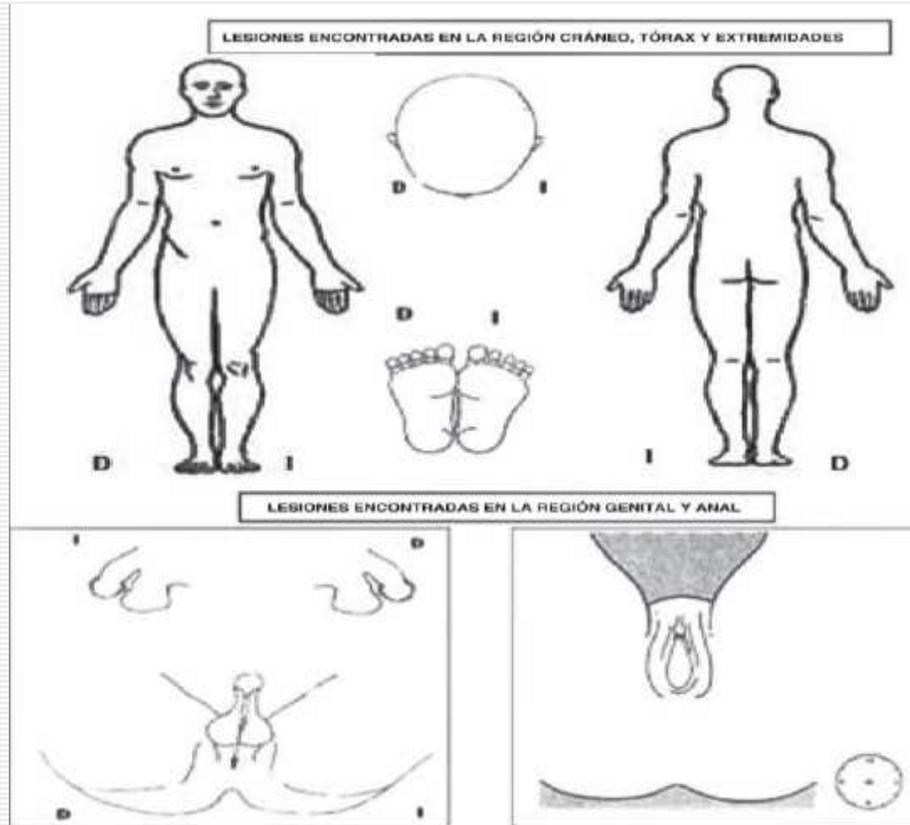
J.- ABDOMEN

K.- MIEMBROS SUPERIORES MANOS ANTERBRAZOS BRAZOS

ESQUEMA DE LAS LESIONES



Fuente: Garate J, Delgado A. Síndrome del Niño Maltratado.



Fuente: Ministerio de Salud y Deporte. Atención integrada al continuo del Curso de la vida. Publicación Nº 240. Estado Plurinacional de Bolivia. 2013.

OTROS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO:

RESPONSABLE DEL MENOR

MADRE: NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD: _____

PADRE: NOMBRE Y APELLIDOS _____

EDAD: _____ OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD: _____

TUTOR: NOMBRE Y APELLIDOS _____

EDAD: _____ OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

VIVIENDA: PROPIA () ALQUILADA () ANTICRETICO () FAMILIAR () CUIDADOR ()

TIPO DE VIVIENDA: CASA () DEPARTAMENTO () HABITACION () LOTE ()

TIPO DE CONSTRUCCION: LADRILLO () ADOBE () PIEDRA () CALAMINA () PAJA ()

PISO CEMENTO () PISO MADERA () PISO TIERRA ()

SERVICIOS BASICOS: AGUA () LUZ () ALCANTARILLADO () POZO SEPTICO () CISTERNA ()

OTRO _____

TELEFONO: _____

NUMERO DE HIJOS: _____ M: _____ F: _____

PADRES MANIFIESTAN IGNORAR LAS CAUSAS DE LA LESIÓN QUE MOTIVA LA CONSULTA. SI NO

ATRIBUYEN A CAÍDA SI NO MECANISMO DE LA MISMA.....

¿HA TENIDO ASISTENCIA MÉDICA PREVIA? SI NO

PROBABLE AGRESOR

1.- SE IGNORA: SI NO

2.-PARENTESCO: PADRE () MADRE () MADRASTRA () PADRASTRO () HERMANO ()

OTRO PARIENTE () OTRO () _____

ATENCION BRINDADA

FECHA: _____ HORA: _____

ATENCIONES OTORGADAS: TRATAMIENTO MEDICO () TRATAMIENTO QUIRURGICO () TRATAMIENTO PSICOLOGICO ()

OTRO () _____

DESTINO DESPUES DE LA CONSULTA:

DOMICILIO: SI NO

DEFUNCION: SI NO

AVISO A TRABAJO SOCIAL: SI NO

AVISO A LA DEFENSORIA DE LA NIÑEZ: SI NO

AVISO A LA POLICIA: SI NO

OTRO _____



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

ANEXO Nº 5: ASPECTOS ÉTICOS.

La Paz, 31 de Marzo del 2016

Señor:
MSc. Dr. Iván Larico Laura
COORDINADOR GENERAL DE LA MAESTRIA DE MEDICINA FORENSE
Presente.-



Ref.- SOLICITUD DE CARTA DE PERMISO, PARA REALIZAR LA TESIS "
IDENTIFICACION DE CASOS Y SU ENFOQUE MEDICO LEGAL DE
MALTRATO INFANTIL, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO
ALIAGA URIA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE 2016"

Mediante el presente tengo a bien dirigirme a su digna autoridad, con el objeto de por favor solicitar se me extienda una carta de permiso para el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, dirigida al Director General del mismo el Dr. Joseph Henao Luna, con la finalidad de realizar la recolección de datos sobre Maltrato Infantil, para realizar mi tesis de grado que se basa en la identificación y análisis de los mismos, el título de la tesis es : " IDENTIFICACION DE CASOS Y EL ENFOQUE MEDICO LEGAL DE MALTRATO INFANTIL, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE 2016".

Como segundo punto de solicitud, otra carta dirigida al Dr. Jorge Melgarejo Pizarroso, quien me colabora con la recolección de datos sobre casos de Maltrato Infantil, dentro del Hospital del Niño.

Sin otro particular, le saludo con la mayor de las atenciones.

Atentamente:


DRA. DANIELA REBECA FLORES SANTOS
C.I. 3477759 L.P

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

ANEXO Nº 5: ASPECTOS ÉTICOS.



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

La Paz, marzo 31 del 2016
U.P.G. COORD. MED. FOR. CITE Nº 17/2016



Señor
Dr. Joseph HENAO LUNA
DIRECTOR
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA
Presente.-

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludarlo me permito informarle que dentro la actividad académica de posgrado de la Maestría en Medicina Forense de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando Tesis de Investigación como el caso de la **"Identificación de casos y el enfoque medico legal de maltrato infantil atendidos en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría La Paz Bolivia de abril a junio 2016"**

Tema que será investigado por la cursante legalmente habilitada:

Dra. Daniela Rebeca Flores Santos

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad pueda colaborar al investigador autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el Trabajo de Grado.

Sin otro motivo me despido con las consideraciones que el caso amerita.



Dr. M.Sc. Ivan Larico Laura
COORDINADOR ACADÉMICO
UNIDAD DE POSTGRADO



c.c.: Arch.
WLL/wll

Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2227188 - 2228062
Obrajes c. 5 N° 590 • Telf. 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fmcnt.umsa.bo> • La Paz - Bolivia

ANEXO Nº 5: ASPECTOS ÉTICOS.

La Paz, 1 de Abril del 2016

Señor:
Dr. Jorge Melgarejo Pizarroso
MEDICO FORENSE
Presente.-

**Ref.- SOLICITUD DE COLABORACION EN LA RECOLECCION DE DATOS
PARA LA TESIS DE GRADO EN MEDICINA FORENSE**

Mediante el presente tengo a bien dirigirme a su persona, deseándole éxitos en la labor que desempeña, el motivo de la misma es para solicitar, que por favor me apoye en la recolección de datos para la tesis de grado en Medicina Forense, que lleva por título, "IDENTIFICACION DE CASOS Y EL ENFOQUE MEDICO LEGAL DE MALTRATO INFANTIL, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE 2016".

Sin otro particular, le saludo con la mayor de las atenciones.

Atentamente:

*Rebeca
01/09/16
Hb 10²⁰ en*


DRA. DANIELA REBECA FLORES SANTOS
C.I. 3477759 L.P

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

ANEXO Nº 5: ASPECTOS ÉTICOS.



La Paz, 5 de Abril del 2016

Señor:
Dr. Joseph Henao Luna
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIGA URÍA.
Presente.-

Ref.- SOLICITUD DE PERMISO PARA LA RECOLECCION DE DATOS PARA LA ELABORACION DE TESIS DE GRADO EN MEDICINA FORENSE

Mediante la presente tengo a bien dirigirme a su digna autoridad, deseándole éxitos en la labor que desempeña, el motivo de la misma es para solicitar, el permiso correspondiente, con la finalidad de realizar mi tesis de grado en Medicina Forense, la cual se basa en el análisis e identificación de casos sobre Maltrato Infantil, la cual lleva por título **"IDENTIFICACION DE CASOS Y EL ENFOQUE MEDICO LEGAL DE MALTRATO INFANTIL, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE 2016"**.

Para este fin, contar con la colaboración del Dr. Jorge Melgarejo Pizarroso. Así mismo adjunto mi perfil de tesis y una fotocopia simple de carnet de identidad.

Sin otro particular, le saludo con la mayor de las atenciones, esperando una respuesta positiva.

Atentamente:



DRA. DANIELA REBECA FLORES SANTOS
C.I. 3477759 L.P

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

ANEXO Nº 5: ASPECTOS ÉTICOS.

La Paz, 20 de Julio del 2016



Señor:
Dr. Joseph Henao Luna
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIGA URÍA.
Presente.-

Ref.- Conclusión de recolección de datos

Mediante la presente tengo a bien dirigirme a su digna autoridad, deseándole éxitos en la labor que desempeña, el motivo de la misma es para poner en conocimiento la conclusión de recolección de datos sobre maltrato infantil con la finalidad de realizar mi tesis de grado en Medicina Forense, la cual lleva por título "IDENTIFICACION DE CASOS Y EL ENFOQUE MEDICO LEGAL DE MALTRATO INFANTIL, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE 2016".

Así mismo adjunto una serie de tablas con los resultados obtenidos.

Sin otro particular, le saludo con la mayor de las atenciones.

Atentamente:


DRA. DANIELA REBECA FLORES SANTOS
C.I. 3477759 L.P

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

ANEXO Nº 5: ASPECTOS ÉTICOS.

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
MAESTRIA EN MEDICINA FORENSE**



**RESULTADOS FINALES DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TESIS DE GRADO EN
MEDICINA FORENSE**

**TÍTULO: IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE
2016**

AUTOR: DRA. DANIELA REBECA FLORES SANTOS.

**LA PAZ – BOLIVIA
2016**

ANEXO Nº 6: REGISTRO GENERAL DE CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL A MENORES DE 0 – 15 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO. DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, LA PAZ, BOLIVIA, ABRIL A JUNIO DE 2016.

TABLA # 1 GRADO DE ESCOLARIDAD NIÑO(A)/ADOLESCENTE

GRADO DE ESCOLARIDAD NIÑO(A)/ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INICIAL (GUARDERIA/PREKINDER/KINDER)	7	10%
PRIMARIA (1º - 6º)	25	34%
SECUNDARIA (1º - 6º)	3	4%
NO ASISTE AL COLEGIO	38	52%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 2 ESTADO NUTRICIONAL 0 - 5 AÑOS DE EDAD DE ACUERDO AL PESO PARA LA TALLA Y DEACUERDO TALLA PARA LA EDAD

ESTADO NUTRICIONAL 0 - 5 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	32	44%
NO ADECUADO	13	18%
TOTAL	45	62%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 3 ESTADO NUTRICIONAL 5 - 15 AÑOS DEACUERDO A IMC (PESO / TALLA²)

ESTADO NUTRICIONAL 5 - 15 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADO	20	27%
SOBREPESO	2	3%
DESNUTRIDO	6	8%
TOTAL	28	38%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 4 ESTADO NUTRICIONAL GENERAL

ESTADO NUTRICIONAL	0 - 5 AÑOS	%	5 - 15 AÑOS	%	FRECUENCIA TOTAL	PORCENTAJE TOTAL
ADECUADO	32	44%	20	27%	52	71%
NO ADECUADO	13	18%	8	11%	21	29%
TOTAL	45	62%	28	38%	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 5 ESTADO DE LA ROPA /HIGIENE

ESTADO DE LA ROPA /HIGIENE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	11	15%
DISCRETO	62	85%
MALO	0	0%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 6 EDAD DE LOS PADRES

EDAD DE LOS PADRES	EDAD DE LA MADRE	PORCENTAJE	EDAD DEL PADRE	PORCENTAJE
15 – 20	3	4%	0	0%
20 – 25	16	22%	12	19%
25 – 30	20	27%	15	24%
30 – 35	18	25%	15	24%
35 – 40	3	4%	10	16%
40 – 45	10	14%	5	8%
45 – 50	2	3%	5	8%
50 – 55	1	1%	1	1%
TOTAL	73	100%	63	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 7 OCUPACION DEL PADRE

OFICIO/TRABAJO DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMERCIANTE	9	14%
CHOFER	15	24%
AGRICULTURA	7	11%
ALBAÑIL	7	11%
OTRO	25	40%
TOTAL	63	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 8 OCUPACION DE LA MADRE

OFICIO/TRABAJO DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMERCIANTE	6	8%
AGRICULTURA	3	5%
VENDEDORA	6	8%
LABORES DE CASA	43	60%
OTRO	14	19%
TOTAL	72	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 9 ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADOS	20	27%
UNION LIBRE	41	56,2%
DIVORCIADOS	1	1,4%
MADRE SOLTERA	10	14%
PADRE SOLTERO	1	1,4%
VIUDA/O	0	0%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 10 GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA (1º - 6º)	25	34%
SECUNADARIA (1º - 6º)	38	52%
TECNICO SUPERIOR	3	4%
UNIVERSIDAD	5	7%
NO ASISTIO AL COLEGIO	2	3%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 11 TIPO DE VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASA	21	29%
HABITACION (S)	45	62%
DEPARTAMENTO	7	9%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 12 TIPO DE PROPIEDAD DOMICILIARIA

VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROPIA	30	41%
ALQUILADA	22	30%
ANTICRETICO	2	3%
FAMILIAR	17	23%
OTRO	2	3%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 13 MATERIAL DE CONTRUCCION DE LA VIVIENDA

MATERIAL DE CONSTRUCCION	73 FAMILIAS	PORCENTAJE
		100%
PAREDES DE LADRILLO	60	82%
PAREDES DE ADOBE	12	16%
PAREDES DE MADERA	1	2%
TECHO DE CALAMINA	70	96%
TECHO DE PAJA	3	4%
SUELO/PISO DE CEMENTO	30	41%
SUELO/PISO DE MADERA	33	45%
SUELO/PISO DE TIERRA	10	14%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 14 ACCESO A SERVICIO DE AGUA

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGUA DE RED	63	87%
AGUA DE PILETA PÚBLICA	1	1%
AGUA DE CISTERNA	6	8%
AGUA DE RÍO	2	3%
TOTAL	72	99%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 15 ACCESO A SERVICIO DE LUZ

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LUZ	72	99%
TOTAL	72	99%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 16 ACCESO A SERVICIO DE ACANTARILLADO

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACANTARILLADO	60	83%
POZO SÉPTICO	11	15%
BAÑO ECOLÓGICO	1	1%
TOTAL	72	99%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 17 ACCESO A SERVICIOS BASICOS

SERVICIOS BASICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGUA DE RED/PILETA PUBLICA/CISTERNA/RIO	72	99%
LUZ	72	99%
ACANTARILLADO /POZO SEPTICO/ BAÑO ECOLOGICO	72	99%
NO CUENTA CON SERVICIOS BASICOS	1	1%
TOTAL	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA # 18 ATENCION BRINDADA

TRATAMIENTO REALIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRATAMIENTO MEDICO	47	64%
TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO	26	36%
TOTAL ATENCIONES OTORGADAS	73	100%

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO Nº 7: INSTRUMENTO.

PROPUESTA DE TESIS:

IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE MALTRATADO.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declara a la violencia como un importante problema de salud pública a nivel mundial. El maltrato infantil es un fenómeno tan antiguo como la humanidad, además de ser un problema de carácter universal. Estudios realizados por UNICEF dan cuenta que uno de cada dos niños víctimas de violencia grave considera que el castigo físico sirve para el aprendizaje. De los niños que no reciben ningún tipo de violencia, uno de cada cuatro considera útil el castigo físico. El maltrato infantil es un fenómeno de origen multicausal, donde se involucran desde factores ligados a la salud física y mental de los padres hasta aspectos socioeconómicos.

Toda forma de violencia vulnera los derechos fundamentales establecidos tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) como en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Se dice que la familia es el lugar donde se suscitan con mayor frecuencia las distintas manifestaciones de violencia física, psicológica y sexual. Asimismo, la violencia es ejercida principalmente por los progenitores en nuestro país.

La preocupación general que ha despertado la violencia que sufren los niños y niñas, se viene desarrollando desde hace mucho tiempo existen estudios que revelan solo un 10 ó un 20% de los casos de maltrato infantil salen a la luz. El miedo, la sensación de culpabilidad, sus sentimientos hacia su agresor, su corta edad y las barreras estructurales con las que tropiezan, les impiden expresar las brutalidades que sufren.

Sin embargo, los datos que se conocen, que si salen a la luz, muchas veces a través de los medios de comunicación, en un mínimo porcentaje debe ser un importante motivo de preocupación para todos los miembros de la sociedad, y particularmente para aquellos encargados de la salud infantil.

El Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, ya cuenta con una unidad de Medicina Legal y al mismo tiempo con un Comité de Maltrato el cual está conformado por el médico de planta, psicólogo, trabajo social y médico legista quienes se encargan de identificar casos de maltrato infantil o por lo menos coordinar con sus funciones cuando identifican un niño/a maltratado.

Ahora bien, sí es correcto que el hospital del niño tiene un Comité de Maltrato, éste no realiza actividades, no es una unidad como tal, por lo tanto la creación de una unidad de Atención Integral al Niño/a Maltratado con un modelo estándar de maltrato infantil ajustado a los protocolos, normas vigentes, debe facilitar la labor de los médicos, planteándonos desde un enfoque Médico Legal y Forense como objetivo de estudio para la identificación sobre casos de maltrato infantil, es decir con un abordaje de lo general a lo particular, que pueda estar conformado por un equipo multidisciplinario adecuado, para contribuir con la protección y minimización de las consecuencias del maltrato, porque actualmente el maltrato infantil es nuestro entorno es un problema médico-social-legal.

El problema médico-social-legal del maltrato infantil, que se conoce en la jerga médica como síndrome del niño maltratado (SNM), dentro del Hospital del niño lo denominan Síndrome de Kempe, debemos aclarar que no solo se atienden maltrato por acción, sino también maltrato por omisión de cuidados que también tienen importancia médico-social-legal, este problema ha sido parcialmente atendido entre las dificultades está el subregistro al no conocer todas las formas de maltrato infantil en los reportes médicos y jurídicos de las diferentes instituciones, la escasa cultura de la denuncia. En nuestro país se cuenta con las cifras que presenta el INE, Defensoría de la Niñez, Defensor del Pueblo, Fiscalía General, FELCC, FELCV entre

otros de acuerdo a estos informes, y haciendo una extrapolación con la información extranjera, se puede decir que 10% de cualquier población infantil y juvenil es víctima de alguna forma de maltrato, y únicamente una de cada 10 víctimas es atendida.

2. MARCO LEGAL

1. Constitución Política del Estado, Edición Oficial 7 febrero de 2009. Capítulo II Derechos Fundamentales, Artículos 15 y 18.
2. Código Penal, Ley N° 10426 de 23 de agosto de 1972.
3. Código de Salud, Decreto Ley N° 15629 de 18 de julio de 1978.
4. Reglamentos del Decreto Ley del Código de Salud.
5. Ley del Ejercicio Profesional Médico, Ley N° 3131 de 8 de Agosto de 2005.
6. Reglamento de la Ley de Ejercicio Profesional Médico, Decreto Supremo N° 28562 de diciembre de 2005.
7. Ley Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, Ley N° 1674 de 20 de diciembre de 1995.
8. Ley del Código Niño, Niña y Adolescente, Ley N° 2026 de 27 de Octubre de 1999.
9. Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual, Ley N° 2033 de 29 de Octubre de 1999.
10. Código Niña, Niño y Adolescente. Ley N° 548 de 17 de Julio del 2014. Asamblea Legislativa Plurinacional.
11. Ministerio de Salud y Deporte. Norma en la Atención de la violencia y sus efectos. Maltrato al niño/niña o adolescente. 1ª Edición. Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES. La Paz, Bolivia. 2012.
12. Ministerio de Salud y Deporte. Atención integrada al continuo del Curso de la vida. Publicación N° 240. Estado Plurinacional de Bolivia. 2013.
13. Normativa General de Atención Hospitalaria Versión N° 1. Hospital del niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". La Paz, Bolivia. 2016.
14. Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. Ley N° 348 de 9 de marzo de 2013. La Paz, Bolivia. 2013.

15. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Art N° 19.

3. JUSTIFICACIÓN

El Maltrato Infantil se centra en el número de denuncia y atenciones que cada mes se presentan por este hecho, considerando lo complejo del problema, los niños habitualmente son atendidos por pediatras que están a cargo del manejo médico-quirúrgico de los pacientes, se desprende del hecho de que existen diversas enfermedades cuyas manifestaciones pueden ser similares a las observadas en los niños maltratados, y excepcionalmente por expertos en el tema de Maltrato Infantil, como consecuencia del incremento de las necesidades a cubrir durante la atención integral de estos casos, surge la oportunidad de estructurar un equipo de trabajo dedicado exclusivamente a esta entidad, donde predomina la implementación de un modelo de atención que permita el desarrollo de la asistencia, y la investigación.

La finalidad de la unidad es convertirse en un punto de referencia primero a nivel departamental y después nacional, y pueda ser reconocida por el Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio Público, ya que podremos evitar la re victimización del paciente, contar con una valoración responsable que pueda cubrir las necesidades que se presentan en casos por Maltrato Infantil en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, de la ciudad de La Paz.

4. OBJETIVO

Unificar los criterios en la atención de maltrato infantil que sirvan de guía para el cuidado de estos, basados en la asistencia, investigación de niños/as que llegan para recibir atención médica indicando diferentes causas y la detección oportuna para la prevención del maltrato a la niñez y a la adolescencia con constantes actualizaciones, equipamiento, material e insumos disponibles mediante una estrategia interdisciplinaria e interinstitucional.

5. REQUERIMIENTO

Recursos humanos:

Considerando la importancia de este grupo de trabajo, es necesario contar con un equipo de profesionales.

- ✓ Médico legista del hospital.
- ✓ Médico pediatría asignado o el médico pediatría con más experiencia en detectar casos de maltrato infantil del hospital.
- ✓ Trabajo Social.
- ✓ Enfermería.
- ✓ Psicólogo.
- ✓ Nutrición.
- ✓ Abogado para la contribución jurídica.

Infraestructura:

Considerando la importancia de este grupo de trabajo, es necesario planear y contar con un área específica que tenga la extensión, privacidad y componentes requeridos para tal función.

- ✓ Consultorio u Oficina que se encuentre dentro del Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, ubicado en la zona de Miraflores, de la ciudad de La Paz, Bolivia.

Material:

- ✓ Manual de funciones.
- ✓ Uso del protocolo interno sobre maltrato infantil.
- ✓ Medios de comunicación: Internet, teléfono, fax.
- ✓ Contar con el material necesario para la aplicación de pruebas psicológicas.

6. ACTIVIDADES

Actividad asistencial:

- a) La acción básica de todos los integrantes del equipo está orientada para que la víctima recupere su salud física y mental.

- b) Toda la familia es atendida social y psicológicamente para disminuir el daño y evitar su desintegración.
- c) Precisar que un miembro de la familia constituya, como primera opción, la red de apoyo al menor para evitar que sea enviado a un hogar sustituto.
- d) Desarrollo de estrategias de prevención en los casos atendidos.
- e) Terapia grupal para madres generadoras de violencia hacia sus hijos.
- f) Realizar campañas informativas de prevención y sensibilización sobre maltrato infantil a la población en general.

Actividad en investigación:

- a) Se requiere que el profesional interesado adquiera los conceptos básicos sobre la metodología de la investigación.
- b) Implementar proyectos para precisar la estandarización de conceptos.
- c) Desarrollar proyectos en investigación clínica.
- d) Desarrollar proyectos en investigación epidemiológica.
- e) Los resultados de los estudios de investigación pueden ser publicados en revistas médicas de especialidad, pediátricas y de otra índole, así como la elaboración de libros. Ello permite informar a la comunidad médica, y a la sociedad en general, sobre este problema en la comunidad.

7. FUNCIONES DE RR.HH

El equipo médico:

- a) Debe intervenir en la resolución del problema médico, quirúrgico o médico-quirúrgico del paciente.
- b) Sospechará y diagnosticará la existencia de violencia en el niño o adolescente.
- c) Inicialmente notificará a la autoridad correspondiente sobre la atención de un menor con lesiones y, posterior a la evaluación interdisciplinaria, emitirá el reporte de maltrato infantil.

- d) Vigilará la resolución de cualquier alteración orgánica que sea consecuencia de maltrato a corto y mediano plazo.

El equipo de trabajo social:

- a) Desarrollará la historia clínica social (HCS) que permita apoyar o descartar alguna forma de maltrato infantil.
- b) Conocerá las fortalezas y debilidades de la familia y del entorno social mediante la realización de la HCS.
- c) Definirá una red de apoyo (familiar, gubernamental o civil) para proponerlo al agente del Ministerio Público.
- d) Es una pieza clave de enlace entre el área médica y la jurídica.
- e) Vigilará la adecuada evolución de la víctima a corto y mediano plazo.
- f) Intervendrá en las campañas de prevención de maltrato infantil.

El equipo de Enfermería:

- a) Precisaré las condiciones sanitarias de la víctima y su familia.
- b) Vigila, junto con el médico, la evolución satisfactoria de las lesiones en el menor.
- c) Valora la estabilidad física del paciente mediante el seguimiento de los signos vitales.
- d) Revisa y precisa el cumplimiento del esquema de inmunizaciones.
- e) Implementa estrategias de prevención de accidentes.
- f) Orienta y canaliza a la madre sobre métodos de planificación familiar.
- g) Vigila la adecuada evolución de la víctima a corto y mediano plazo.
- h) Intervendrá en las campañas de prevención de maltrato infantil.

El equipo de psicología:

- a) Establecerá la condición psico-emocional del menor, del probable agresor y de la familia.
- b) Apoyará o descartará en el adulto la existencia de algún padecimiento psiquiátrico que favorezca el maltrato.
- c) Implementará las estrategias de atención psico-emocional del menor y su familia.

- d) Vigilará la adecuada evolución de la víctima a corto y mediano plazo.
- e) Desarrollará el plan de terapia grupal para madres generadoras de violencia hacia sus hijos.
- f) Intervendrá en las campañas de prevención de maltrato infantil.

El equipo de Nutrición:

- a) Establece el estado nutricional del menor maltratado.
- b) Apoya al equipo médico sobre la solución de alguna alteración nutricional.
- c) Orienta a la familia sobre los conceptos básicos de nutrición e higiene de los alimentos y su preparación.

El equipo jurídico:

El abogado/a desarrollará el vínculo entre médicos con las autoridades legales correspondientes, quienes finalmente precisarán la condición legal del menor, del agresor y de la familia.

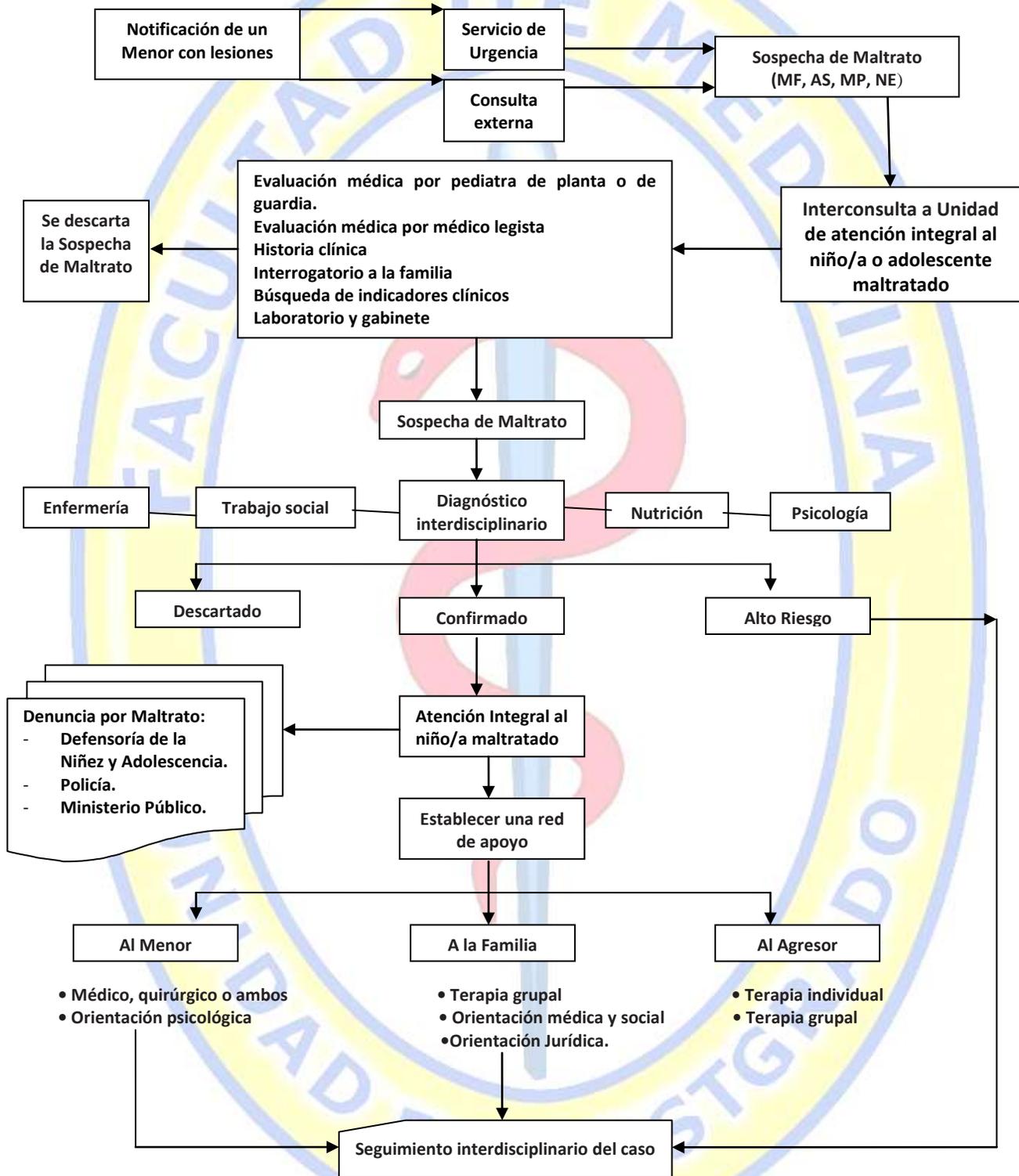
- a) Observará que la notificación sobre lesiones esté adecuadamente elaborada y llegue a la autoridad correspondiente.
- b) Precisaré que el equipo tratante elabore la notificación de maltrato infantil y ésta llegue a la autoridad correspondiente.
- c) Orientará a la familia sobre el resultado de la notificación y el mantenimiento o adquisición sobre la custodia y patria potestad del menor.
- d) Vigilará la adecuada evolución jurídica de la víctima a corto y mediano plazo.
- e) Intervendrá en las campañas de prevención de maltrato infantil.

8. CONVENIOS

Para una mayor difusión de las diversas acciones mencionadas es necesario poder efectuar convenios diversos.

- a) Con Institutos Nacionales de Salud.
- b) Con hospitales pediátricos estatales.
- c) Instituciones de justicia.
- d) Instituciones extranjeras.
- e) Defensoría de la Niñez.
- f) Otros.

9. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO



Fuente: Elaboración Propia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zelaya L. Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñú”. Asunción. 2009; 36 (3).
2. Santana R, Sánchez R, Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México. 1998; 40(1)
3. Comité de Maltrato Infantil Sociedad Chilena de Pediatría. El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer? Revista Chilena de Pediatría. 2007; 78 (Supl 1): 85-95.
4. UNICEF. Maltrato Infantil en Chile. [En línea] 2000. [Consultado, Marzo de 2016] Disponible en: http://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf
5. Pinto B, Losantos M. Percepción de Factores Familiares de Riesgo de Maltrato Infantil en Niños y Adolescentes en Riesgo Social de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. Ajayu. 2011; 9(2): 308-323.
6. Código Niña, Niño y Adolescente. Ley N° 548 de 17 de Julio del 2014. Asamblea Legislativa Plurinacional.(18-07-2014)
7. Centellas C. Código Penal de Bolivia. Editorial El Original. La Paz, Bolivia. 2013.
8. Loredo-Abdala A, Trejo H J, García P y Col. Grupo Académico de la Comisión para el estudio y atención integral del niño maltratado. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Acta Pediátrica México. 2010; 31(Sup.1): p. 51-57.
9. Ministerio de Salud y Deporte. Norma en la Atención de la violencia y sus efectos. Maltrato al niño/niña o adolescente.1ª Edición. Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES. La Paz, Bolivia. 2012.
10. Ministerio de Salud y Deporte. Atención integrada al continuo del Curso de la vida. Publicación N° 240. Estado Plurinacional de Bolivia. 2013.
11. Normativa General de Atención Hospitalaria Versión N° 1. Hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. La Paz, Bolivia. 2016.

Autora: Dra. Daniela Flores Santos. Tesis: Caracterización de casos sobre maltrato infantil a menores de 0-15 años, atendidos en el hospital del niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. La Paz, Bolivia, Abril a junio de 2016.

12. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Datos estadísticos referentes a menores maltratados durante el año 2009, México, 2009.

