

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



**ESTUDIO DEL MALTRATO EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER
TRIMESTRE, 2020**

POSTULANTE: Dra. Anyela Mayka Ruelas Viza

TUTOR: Gral. M.Sc. Gary Gonzalo Omonte Vera

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Ciencias Forenses**

La Paz – Bolivia
2022

DEDICATORIA

A Dios nuestro Señor y a mi madre que me enseñó 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 y voluntad.

AGRADECIMIENTO

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 mi madre 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 así la violencia, y por el cariño y ternura con el que siempre me trata. Mamá, gracias por enseñarme con tu ejemplo que los sueños con esfuerzo y voluntad se logran.

Al Centro de Salud Viacha por brindarme el apoyo desde el principio en mi labor investigadora.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IX
SUMMARY.....	X
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	12
IV. MARCO TEÓRICO	14
4.1. DEFINICIONES	14
4.2. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.....	17
4.3. TIPOS DE VIOLENCIA SEGÚN MODALIDADES	18
4.4. VIOLENCIA POR ACCIÓN	18
4.5. VIOLENCIA POR OMISIÓN Y SUPRESIÓN	20
4.6. OTROS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL	21
4.7. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA	23
4.8. FACTORES DE RIESGO.....	24
4.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL MALTRATO INFANTIL	26
4.10 DIAGNÓSTICO	27
4.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	28
V. MARCO LEGAL DEL MALTRATO INFANTIL.....	30
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
VII. OBJETIVOS	41
VIII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	42
8.1. TIPO DE ESTUDIO	42
8.2. POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO	42
8.3. MUESTRA.....	42
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
8.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	43
8.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	43

8.5 VARIABLES	43
8.6. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	44
IX. RESULTADOS	48
X. DISCUSIÓN	55
XI. CONCLUSIONES	58
XII. RECOMENDACIONES.....	60
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
IX. ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1.....	17
CUADRO 2.....	25
CUADRO 3.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO Nº 1.....	48
GRÁFICO Nº 2.....	49
GRÁFICO Nº 3.....	50
GRÁFICO Nº 4.....	51
GRÁFICO Nº 5.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1.....	53
TABLA N° 2	53
TABLA N° 3	54

RESUMEN

Reducir los malos tratos en la infancia constituye actualmente un reto ya que se trata de un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores sociales, políticos, económicos, jurídicos, biológicos y psicológicos; y cuyo análisis y posibles soluciones sobrepasan el ámbito médico.

La presente investigación es un estudio acerca del maltrato en las niñas, niños y adolescentes, atendidos tanto por el servicio de consulta externa como por el de emergencias del Centro de Salud Viacha, Provincia Ingavi del Departamento de La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia, durante el primer trimestre del año 2020. Para este fin, se diseñó un instrumento de investigación que consiste en un formulario por medio del cual se registraron los datos obtenidos de un conjunto de historias clínicas seleccionadas en un periodo temporal determinado, con la finalidad de registrar evidencias del maltrato a esta población vulnerable. Las variables medidas en este instrumento fueron cuantitativas y categóricas evidenciándose una mayoría de casos de maltrato atendidos en consulta externa, el sexo predominante fue el masculino, el grupo etario más frecuente fue el de 6 a 9 años, el tipo de maltrato por omisión predominó frente al maltrato por acción, la lesión más frecuente fue del tipo quemadura y la región anatómica más afectada fue la de espalda/glúteos.

Se recomienda implementar una normativa interna en el Centro de Salud Viacha de manera que el uso del instrumento de detección de maltrato infantil sea obligatorio tanto en atención en consulta externa como en emergencias y reforzar la sensibilización, educación y capacitación en relación a los otros tipos de maltratos.

PALABRAS CLAVE: Agresor Infantil, Maltrato Infantil, Niña, Niño y Adolescente.

SUMMARY

Reducing abuse in childhood is currently a challenge since it is a complex process in which multiple social, political, economic, legal, biological and psychological factors intervene; and whose analysis and possible solutions go beyond the medical field.

This research is a study about abuse in girls, boys and adolescents, attended by both the external consultation service and the emergency service of the Viacha Health Center, Ingavi Province of the Department of La Paz, Plurinational State of Bolivia, during the first quarter of 2020. For this purpose, a research instrument was designed that consists of a form by means of which the data obtained from a set of selected medical records were recorded in a specific time period, in order to record evidence of the mistreatment of this vulnerable population. The variables measured by this instrument were quantitative and recorded that the highest percentage of cases was attended in outpatient clinics, the predominant sex was male, the most frequent age group was 6 to 9 years old, the type of abuse by omission prevailed over To abuse by action, the most frequent injury was of the burn type and the most affected anatomical region was the back / buttocks.

It is recommended to implement internal regulations in the Viacha Health Center so that the use of the child abuse detection instrument is mandatory both in outpatient care and in emergencies and to reinforce awareness, education and training in relation to other types of mistreatment.

KEY WORDS: Child Aggressor, Child Abuse, Girl, Boy and Adolescent.

I. INTRODUCCIÓN

Las condiciones de indefensión de las niñas, niños y adolescentes no son nuevas, ya que los malos tratos a esta población vulnerable se conocen desde la más remota antigüedad, siendo prueba de esto los testimonios históricos en las diferentes civilizaciones, donde también se atestigua el castigo para los culpables de la agresión a los niños. ^[1]

Un ejemplo de esto es el código de Hammurabi, el cual data de unos 2000 años antes de esta era, y donde se señalaba pena para la nodriza que dejaba morir al niño. Asimismo, en el antiguo Egipto, el castigo era ejemplar para quienes causaran daño a los niños y en Roma, los emperadores castigaban con severidad el abandono de estos. ^[1]

Antiguamente, se trataba de homicidios propiciados con el consentimiento de costumbres, tradiciones, creencias religiosas y supercherías. Por ejemplo, en el siglo XVIII, algunos padres mutilaban a sus hijos para que pidieran limosna o los emplearan los circos. Víctor Hugo, en su novela “El niño que ríe”, relata el caso de un menor que, tras ser mutilado y sufrir ciertos cortes en la cara, daba la impresión de que siempre reía. ^[2]

El maltrato no solo era considerado como algo normal, sino que era un derecho del jefe o autoridad de la familia para educar y corregir al menor. Conducta que más tarde se transmitió a los educadores bajo el lema de “la letra con sangre entra”, sin que esto fuera punible. El daño al menor no es un término limitado al insulto verbal o los golpes, por el contrario, con frecuencia, los malos tratos más graves y dolorosos que la muerte misma son los que ocasiona, por ejemplo, el hostigamiento o abuso sexual. ^[2]

Posteriormente se hicieron más estudios, por ejemplo, Zacchia (1826) planteó el problema médico legal de los malos tratos a la niñez y Terdieu (1879) lo abordó de nueva forma; sin embargo, se considera que fue Coffey (1946) el iniciador del estudio científico del Síndrome del Niño Maltratado, en el trabajo que presentó

sobre un estudio radiográfico en el que encontró una relación entre hematoma subdural, subperióstico y fracturas múltiples de antigüedad variable; este autor atribuyó tales datos a una probable anormalidad metabólica como el origen de dichas alteraciones (Síndrome de Coffey).^[3]

Silverman (1953) reconstruyó el rompecabezas de Coffey y concluyó que tales lesiones se debían a un traumatismo esquelético no reconocido y descartó la supuesta anormalidad metabólica; desde entonces los resultados de este estudio son conocidos como Síndrome de Tardieu-Silverman.^[3]

El término que por primera vez se empleó para referirse al maltrato a los menores fue Síndrome del Niño Golpeado, mismo que perduró hasta que se reconocieron las limitaciones propias de su significado. El concepto evolucionó para describir, además, formas no físicas de abuso y el término se reemplazó por el de Síndrome del Niño Maltratado.^[3]

En Bolivia, la Constitución y las leyes garantizan la protección de las niñas, niños y adolescentes por medio de un conglomerado de normas que reflejan los tratados internacionales en Derechos Humanos de los que forma parte.

Pese a estos esfuerzos por velar el bienestar de niños y adolescentes, los diferentes tipos de maltrato continúan, de hecho, a medida que la cultura se desarrolla y la civilización evoluciona, los métodos de agresión al menor se tornan más complejos.

Es así, que en nuestra población los datos sobre maltrato infantil, en sus diferentes tipologías, son alarmantes, puesto que los casos se van incrementando cada año, siendo este último tiempo en el que se atraviesa por la pandemia del COVID-19, un periodo en el que se presume un gran incremento en los casos. Si bien es cierto que no se pueden obtener datos fidedignos respecto a los verdaderos índices, solo puede intuirse que, si el agresor es por lo general una persona cercana a la víctima, las medidas de aislamiento social impuestas en la cuarentena rígida y las medidas estatales posteriores para

mantener los contagios en números bajos, aumentan de manera exponencial el tiempo en el que dicho maltrato puede ser ejercido.

Hoy en día, es muy difícil precisar las cifras de niños y adolescentes que sufren maltrato, por lo tanto, solo se puede estimar de forma aproximada y teniendo en cuenta solo el maltrato físico; sin embargo, es un fenómeno que se presume ocurre en todos los países, independiente del grado de desarrollo de los mismos. De cualquier forma, los resultados de las estadísticas son pobres, al igual que son pocos los diagnósticos que se identifican en un Centro de Salud de Primer Nivel, lo que no tiene nada de extraño por cuanto debe admitirse que la mayoría de los casos permanecen en la clandestinidad.

La presente investigación tiene como objetivo fundamental determinar la frecuencia del maltrato en niñas niños y adolescentes que fueron atendidos en el Centro de Salud Viacha durante el primer trimestre del año 2020. De esta manera, se podrá aportar a la comunidad científica interesada, con información pormenorizada de cómo puede evidenciarse el maltrato a esta población vulnerable. Se estima que los datos serán de relevancia, especialmente porque dentro del periodo de tiempo estudiado, todavía no se habían tomado las medidas de emergencia sanitaria para intentar disminuir el daño que se avecinaba por la pandemia.

II. ANTECEDENTES

Reducir los malos tratos en la infancia constituye actualmente un reto, puesto que se trata de un proceso complejo en el que intervienen por una parte factores sociales, políticos, económicos y jurídicos, pero también biológicos y psicológicos; y cuyo análisis y posibles soluciones sobrepasan el ámbito médico.

SITUACIÓN MUNDIAL DEL MALTRATO INFANTIL

En el mundo 275 millones de niños son víctimas cada año de violencia, abusos y abandonos en la familia, la escuela, la comunidad y las calles. ^[3] En América Latina y el Caribe, niños, niñas y adolescentes sufren a diario maltrato físico o psicológico; en ese sentido, una encuesta realizada en 16 países por el departamento de psicología 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. ^[3]

Aunque en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20% del total de sucesos de maltrato infantil, se cree que los datos del “Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía” en España, tienen suficiente solidez para conocer el fenómeno epidemiológico del maltrato infantil. ^[4] Los casos declarados en España en el año 2005 fueron de 0.84 niños maltratados por 1000 niños menores de 18 años. ^[5]

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86.4% de los maltratos, seguidos del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Mientras que los casos de abuso sexual solo representan el 3.6% de todos los casos informados de maltrato. ^[5]

El bajo porcentaje de abuso sexual en los registros (0.3 por 10.000 niños) contrasta con estudios realizados en encuestas a adultos, de los cuales el 18.9% manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, 15% de los varones y

22% de las mujeres. ^[5] De estos datos se deduce que son pocos los casos que se reportan a las autoridades.

El grupo de edad en el que se registró mayor maltrato es el grupo de 1 a 12 años; sin embargo, al ser registrado el hecho el momento en que se notifica el abuso, es difícil tener claro cuando ocurre el primer episodio de maltrato. ^[5]

En todos los datos se puede evidenciar que son más las niñas que los niños maltratados y, entre ellas, el incremento de maltrato también ha sido mayor. ^[5]

Los datos disponibles en estudio mencionado ^[5] indicaban que la mayoría de las víctimas son niños y niñas menores de 18 años, estimándose que representan cerca del 80% de 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 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. ^[1]

En Colombia durante el año 2002, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses determinó que la violencia constituye un problema de salud pública; realizó 64.979 dictámenes de lesiones personales a causa de la denuncia instaurada a nivel judicial por casos de violencia intrafamiliar, para una tasa de 184 casos por cada 100.000 habitantes, observándose una reducción significativa de 4.702 casos. El 62% correspondió a maltrato conyugal, el 23% a violencia entre familiares y el 16% a maltrato infantil. El mayor porcentaje de variación en relación con los casos ocurridos durante el año 2001, fue 16% a maltrato infantil. ^[6]

El año 2012, los datos muestran que un 71% de los niños y niñas entrevistados han recibido algún tipo de violencia de sus padres y que un 51.5% ha sido víctimas de violencia física y con lesiones graves. ^[4]

Aunque es frecuente que los niños sufran caídas, es muy poco común que presenten lesiones graves secundarias producto de éstas. Según ^[6], 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. Según King et al., 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 abuso sexuales mayor riesgo en las niñas que los niños. [6]

De acuerdo con un estudio realizado en España sobre maltrato infantil en la familia, analizando los 32.741 expedientes. Según dicho 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 84.4% de los casos analizados. Seguido se encuentra el maltrato emocional con un 35.4%; le sigue el maltrato físico con un 19.9% y el abuso sexual con un 3.5%. [7]

De la misma manera, en Barcelona, el 20 de noviembre de 2018, 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 maltratos 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 las niñas (57.2% versus 42.8%). El 16% de los niños maltratados tiene 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. ^[7]

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 lo más infrecuentes las notificaciones de abuso sexual (6.4%). ^[8]

En la ciudad de Guadalajara, México, se realizó un estudio, en dos periodos 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 objeto, fue la detección precoz del maltrato en niños. ^[9]

Dicho estudio, indica que los servicios de urgencia son los más apropiados para detectar las lesiones causadas por maltrato. Dentro de éstas, las más típicas son: equimosis, cicatrices, mordeduras, hematomas o quemaduras, hemorragias retinianas por sacudidas violentas; los tipos de lesiones son muy variadas e incluyen golpes y quemaduras. Los golpes se aplican con diversos objetos por lo que son diferentes las lesiones, el mecanismo de producción de los traumatismos más frecuentes son los golpes, caídas, marcas de cinturón, mordidas, puntapiés, azotes contra el suelo o las paredes y hasta con objetos cortantes. Las quemaduras se las producen con cigarrillos, líquidos, planchas. Cabe recalcar que el personal de consulta deberá estar capacitado para reconocer si estas lesiones han sido producidas intencionalmente. ^[9]

Los resultados de este estudio mexicano 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 8.8%, abandono 5.08%, caídas 5.08%, lesiones en la mano 5.08%,

heridas punzocortantes 1.69%, contusiones 1.69%, lesiones en genitales 1.69%.
[9]

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 equimosis 16%, hematomas 50%, fracturas 3.3%, quemaduras por ladrillo y cigarro 3.3%, violación 10%. También se encontraron lesiones internas y excoriaciones en menor porcentaje. Topográficamente el cráneo sufre mayor traumatismo 16.6%, cara 13.3%, tórax 50%, abdomen 13.3%, pelvis 3.3%, extremidades 96.6%. Referente al agresor las madres maltratan más que los padres. [10]

Según Dres, Bellinzona, Charczewski y Rubio, el 61.2% de los ingresos al Hospital Pereira de Montevideo correspondieron a maltratos físicos, los menores de 5 años 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 encefálico 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. Con respecto al adulto agresor, la agresión fue cometida por la madre en 35.1% de los casos registrados, por el padre 24.8%, por ambos padres 3.6%, por el padrastro 16.9%, y por 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. [11]

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; en 27 casos (19.7%) ingreso a defensorías, 15 casos (10.9%) quedaron a cargo de un familiar. ^[11]

Se identificaron 38.8% abuso sexual. La edad varía 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, otros familiares 27.6% como hermano, abuelo, tíos, primos. ^[11]

En Venezuela según 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 frecuentes en niños de 2 años, primera causa de muerte por traumatismo 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. ^[12]

SITUACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN BOLIVIA

El 28 de marzo de 2012, durante la 144° Sesión de Audiencias de Comisión Interamericana de Derechos Humanos, se presentó el tema “Denuncias de la violencia sexual contra niñas adolescentes en Bolivia” [13], en esta sesión se presentan datos que señalaban que: 34% de las niñas y 23% de los niños en Bolivia fueron sexualmente agredidos/os antes de cumplir los 18 años, el 43.9% de las niñas adolescentes entre 15 y 19 años de edad en Bolivia, fueron víctimas de violencia física, 11.1% fueron víctimas de la violencia sexual de su pareja y 48.7% fueron víctimas de agresión emocional. En promedio, 12 niñas o niños y adolescentes son violados cada día en Bolivia. 60% de los sospechosos son delincuentes reincidentes. El 97% de las denuncias de agresión sexual en Bolivia son porque parientes varones que agreden sexualmente a mujeres adolescentes. Más del 50% de la gente viven en Bolivia ha sido víctima de violencia intrafamiliar.

En particular, son las jóvenes y las niñas de áreas rurales en Bolivia que están expuestas al tráfico sexual hacia áreas urbanas. [13]

Una de las formas más crueles y más frecuentes de violencia contra las niñas y los niños en Bolivia es la violencia sexual. De acuerdo a datos de la Misión Justicia en Bolivia, cada día 16 niñas o niños sufren vejámenes sexuales, sólo en cinco casos, estas agresiones se denuncian. A nivel mundial, en promedio el 8% de niños y niñas menores de 18 años sufren algún tipo de violencia sexual; en Bolivia el promedio es de 23%. En el mundo el 20% de las niñas sufren agresiones de este tipo; en Bolivia el promedio llega al 34%. [13]

El 74% de las agresiones sexuales ocurren dentro del hogar o la escuela. Solo en El Alto, las Defensorías de la Niñez y Adolescencia registraron de enero a agosto de 2013 un total de 22 casos de padres que violaron a sus hijas. La entidad reportó en el mismo tiempo 477 casos de violación a menores de edad, de estos, en 454 casos las víctimas fueron mujeres y en 23 varones. [13]

Un estudio promovido por Visión Mundial y realizado por la investigadora Jimena Tito en 28 municipios, detectó prácticas nocivas que ejercen contra la infancia, como dejar morir a un bebé porque es mujer, quemar nalgas a los niños con enuresis (que se orinan), quemar sus manos para enseñarles disciplina, usar el castigo físico como elemento educativo o incluso la iniciación sexual de las niñas por parte de los padres. [13]

Pese a todos estos datos y a la evidencia que las niñas y las adolescentes se encuentran en el nivel de mayor indefensión en la escala de la violencia, el abuso y la discriminación, la sociedad y el Estado no han generado todavía políticas ni estrategias integrales para enfrentar este problema, tanto en los estudios y análisis como en los programas y políticas públicas.

Por esta razón el presente trabajo pretende determinar la frecuencia de maltrato infantil identificados en consulta externa y emergencias en un centro de primer nivel, de la provincia Ingavi, con el fin de poder orientar al personal médico

general, quien es el primero en recibir un niño con sospecha de maltrato infantil identificar como un delito, que tiene que ser denunciado a las entidades correspondientes del municipio.

III. JUSTIFICACIÓN

La investigación que se plantea en el presente trabajo permitirá obtener datos estadísticos relevantes sobre las características del maltrato a niñas, niños y adolescentes en el Centro de Salud Viacha, Provincia Ingavi del Departamento de La Paz. La relevancia anteriormente señalada consiste en tener una muestra específica que pueda ser utilizada para comparación con otros centros de salud del país o incluso de la región. Asimismo, dado que los datos recolectados pertenecen al primer trimestre del año 2020, son datos que pueden contrastarse con los obtenidos luego de las medidas de emergencia sanitaria impuestas mundialmente por la pandemia del COVID-19. También es importante comparar los hallazgos obtenidos con estudios anteriores realizados en otros lugares del país y del mundo de manera que puedan corroborarse, por lo menos de manera aproximada, los resultados obtenidos en aquellos.

Para las ciencias forenses, es importante diferenciar la información desde la perspectiva de los trabajadores en salud, de manera de que estos puedan ser complementados con las herramientas y conocimientos que ofrece el forense.

Una investigación de este tipo busca transformar, en el proceso de su realización, tanto al investigador como a las ciencias forenses, con un aporte de que sirva de base para investigaciones posteriores.

Otro aspecto fundamental que justifica la presente investigación es la identificación de la preparación de los profesionales en salud para la detección del maltrato a niñas, niños y adolescentes, siendo necesario poner en evidencia, por lo menos de forma tangencial, que se requiere un esfuerzo de capacitación, concientización y visibilización del maltrato físico y de las demás formas de maltrato como el psicológico o el sexual, que, conforme los estudios realizados por el Estado y organizaciones internacionales encargadas de velar por su disminución y extinción, son en muchos casos más severas.

Igualmente, es importante conocer, en los pacientes estudiados, la forma por la cual acceden a los servicios del Centro de Salud, sea por medio de la consulta externa o por medio del servicio de emergencias. Este dato es importante para medir la frecuencia de la violencia ejercida sobre la población estudiada, ya que una recurrencia mayor de casos por medio del servicio de emergencias puede indicar una exposición alta a maltrato físico. Consecuentemente, un dato obtenido con prevalencia de pacientes en servicio de consulta externa, puede indicar niveles bajos, pero no por eso menos importantes, de maltrato físico por sobre otro tipo de maltrato, conforme las tipologías manejadas por la literatura vigente.

Por último, los datos obtenidos pueden ser utilizados para ser contrastados con las denuncias de maltrato registradas en la región en la que se encuentra el Centro de Salud, es decir en Viacha, Provincia Ingavi de la Ciudad de La Paz. Esto puede dar lugar a determinar en qué porcentaje los casos identificados como maltrato por parte del personal de salud, son efectivamente representados en denuncias ante las autoridades policiales y judiciales o cuáles fueron incorrectamente identificados como maltrato. Un índice bajo de denuncias a pesar de un porcentaje importante de casos registrados en el Centro de Salud donde se realiza la presente investigación, determinará la necesidad de que las autoridades llamadas a la protección de las niñas, niños y adolescentes por mandato constitucional y legal se vean obligadas a intervenir.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICIONES

Maltrato infantil

Se considera como tal cuando los padres, tutores, tutores, maestros u otras personas ponen en peligro la integridad física o psicológica del grupo vulnerable; La violencia puede generarse por el abuso de medios correctivos o disciplinarios o por la imposición de un trabajo excesivo inadecuado para su edad o condición física. [1]

También puede ocurrir por instituciones, por acción, omisión e incluso supresión; de forma periódica y ocasional, vulnerando los derechos individuales y colectivos reconocidos a la niñez y adolescencia. [1]

Abuso físico

Cualquier acción tomada voluntariamente que cause o pueda causar daño. [15]

Negligencia

La omisión de un acto necesario para cuidar el desarrollo y bienestar físico y mental del menor. El abandono doméstico se identifica con el abandono de obligaciones que socialmente son encomendadas a los padres o tutores de un menor. [15]

Abuso sexual.

Cualquier comportamiento en el que un menor sea utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Esto incluye voyerismo, exhibicionismo, contacto y penetración. Incluso la inducción a la prostitución de un menor por parte de un familiar, incluso si la relación sexual se mantiene con terceros. [15]

Maltrato emocional o psicológico

Acción, actitud o incapacidad para brindar un entorno emocional propicio para el desarrollo psicológico y físico que le permita alcanzar la independencia y la seguridad. ^[15]

Síndrome del niño maltratado

Es una de las formas que toma el fenómeno de la violencia intrafamiliar, constituyéndose en una entidad pediátrica y leal que puede definirse por el daño físico o psicológico que sufre un niño a través de repetidos ataques en el tiempo. uno o más adultos dependientes de la víctima. ^[16]

Maltrato por acción u omisión

Cualquier agresión u omisión, negligencia física, sexual, psicológica o intencional, hacia una persona menor de edad, en cualquier etapa de la vida y que lesione su integridad biopsicosocial. Esta acción puede ser realizada de forma regular u ocasional dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o empresa en función de su superioridad física, intelectual o económica. ^[17]

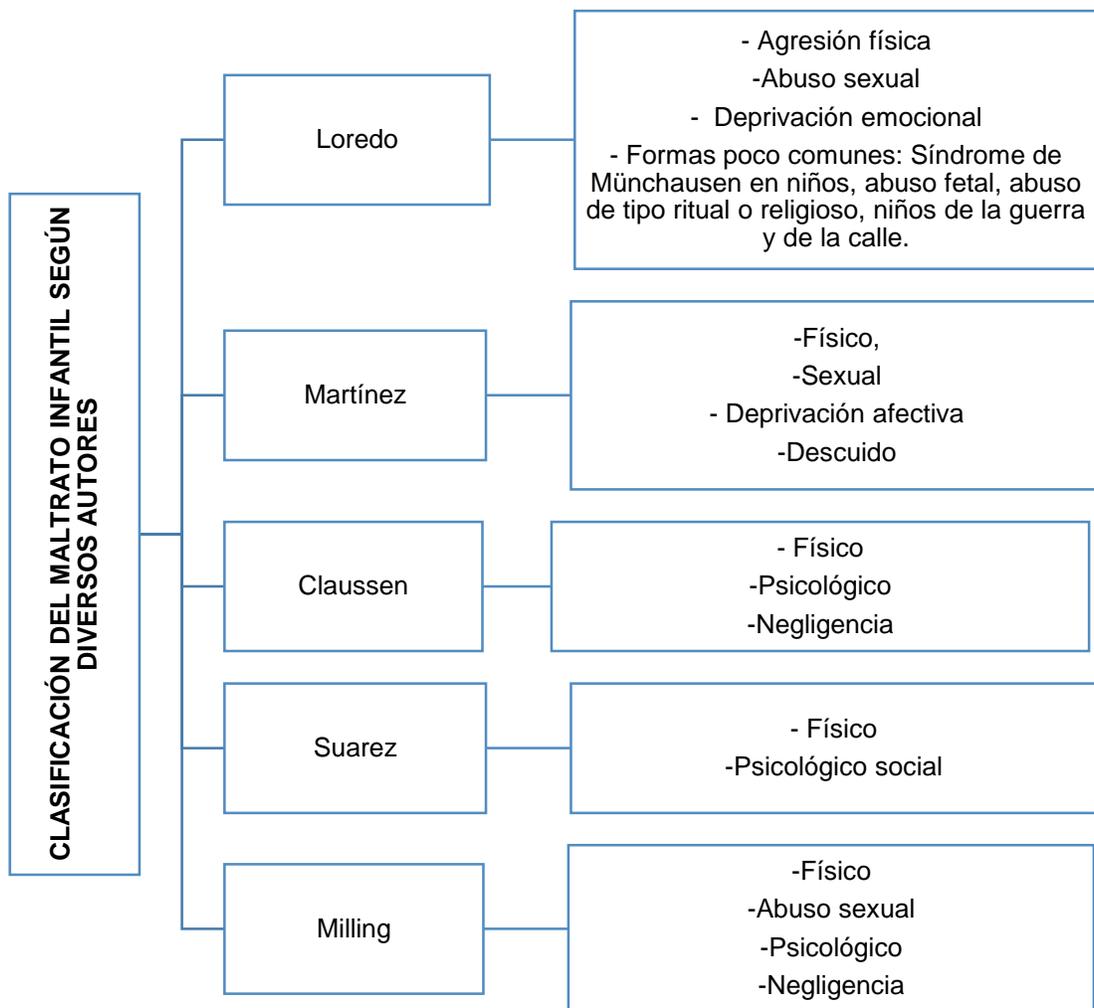
Explicados algunos términos, en general se puede decir que es fundamental establecer una definición adecuada de maltrato infantil para poder desarrollar un diagnóstico y tratamiento adecuado a partir de él. Además, esta definición servirá de base para establecer un marco legal, lo que no es un proceso fácil dada la complejidad del fenómeno. ^[18]

La Comisión Nacional de Derechos Humanos propone la siguiente definición: "Todo acto u omisión que tenga como objetivo causar un daño incluso sin tal intención pero que perjudique el normal desarrollo del niño" ^[18]. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia define a los menores maltratados como "los menores que ocasional o habitualmente sufren y sufren violencia física, emocional o ambas, realizados con actos de acción u omisión,

pero siempre de forma intencionada, no accidental, por parte de los padres, tutores. , propietarios o administradores de los mismos. [19]

Por otro lado, el abuso psicológico es "un comportamiento sostenido, repetitivo, persistente e inadecuado (violencia doméstica, insultos, actitudes impredecibles, mentiras, delirios, explotación, abuso sexual, negligencia y otros) que daña sustancialmente o reduce tanto la potencial creativo como el desarrollo de las facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que imposibilita la comprensión y manejo del entorno, lo confunde y / o lo asusta, haciéndolo más vulnerable e inseguro, afectando negativamente su educación, bienestar general y vida social [19].

En relación a la clasificación del maltrato infantil, los investigadores que estudian este tema proponen diversas formas de clasificación, las cuales se encuentran en el siguiente gráfico [19].



Cuadro 1: Elaboración propia a partir de: El maltrato infantil: un problema mundial. [23]

4.2. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Dependiendo de su manifestación, la violencia puede ocurrir a través de acciones cuando se hace algo para dañar al niño física, mental y / o sexualmente. También puede ocurrir al omitir y eliminar cuando su familia y / o grupo de convivencia no está garantizado o privado de manera intencional o negligente de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, cognitivas, emocionales, sociales y de autoestima y tiene los medios necesarios para hacerlo. [14]

4.3. TIPOS DE VIOLENCIA SEGÚN MODALIDADES

La violencia por su expresión o comportamiento puede a su vez clasificarse en modalidad. Lo que se manifiesta por la acción se puede dividir en violencia por omisión y supresión, se puede expresar en negligencia en el cuidado físico, en un nivel psicoafectivo bajo o en ambos, en cuyo caso hablamos de abandono. ^[14]

4.4. VIOLENCIA POR ACCIÓN

Violencia física

La violencia física contra los niños ocurre con cualquier lesión infligida no accidental que les cause daño físico, enfermedad o los ponga en grave riesgo de sufrir. Podría ser el resultado de uno o dos casos individuales, o podría ser una situación de abuso crónico. Las lesiones incluyen trastornos reconocidos que van más allá de la inflamación, irritación o enrojecimiento de la piel por golpes, golpes o patadas, golpes con látigo u otros objetos y acciones que dañan cualquier parte del cuerpo. ^[14]

Violencia psicológica o emocional

Es un acto deliberado o cualquier esfuerzo que intente minar la autoestima del niño, niña o adolescente. En general, se presenta en formas de hostilidad verbal, como insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandonar o bloquear iniciativas de los niños, lo que conduce a graves trastornos mentales y afecta su desarrollo psicológico y emocional. ^[14]

Tipos de maltrato emocional.

- **Rechazo:** Cuando existe una actitud de evitar al niño, niña o adolescente de manera permanente o esporádica de las iniciativas de apego o interacción que tienen; Esto implica comportamientos que constituyen abandono o rechazo. ^[14]
- **Aterrorizar:** Cuando se crea en ellos un miedo intenso por amenazas constantes de castigo extremo o siniestro. ^[14]

- **Aislamiento:** Tendencia a privarlos de oportunidades para establecer relaciones sociales. ^[14]
- **Ignorar:** Cuando no hay voluntad de atención de los padres para prestar atención a las expresiones emocionales del niño o adolescente. ^[14]

Los niños, niñas y adolescentes que presencian violencia pueden ser incluidos en esta clasificación cuando presencian situaciones crónicas de violencia entre padres, presentando trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de maltrato. ^[14]

Violencia sexual

Se define como cualquier tipo de contacto sexual por parte de un adulto o tutor legal. El niño, la niña y el adolescente pueden ser utilizados como objetos de estimulación sexual o para realizar actos sexuales, cuya intensidad varía de una exhibición a otra; Es lo más difícil de aceptar para el niño o adolescente que lo padece. Puede expresarse en: pedofilia, incesto, violación, acoso sexual, abuso sexual sin contacto físico. ^[14]

Más específicamente, se contempla la violencia sexual comercial, que incluye el abuso sexual por parte de un adulto y sus recompensas económicas o materiales para niñas o individuos. Este tipo de violencia engloba una variedad de actos sexuales, con o sin contacto físico, que son dañinos, humillantes y en muchos casos potencialmente mortales, como la pornografía, la violencia sexual comercial, la trata de personas y la trata de personas. ^[14]

Explotación laboral

La imperiosa necesidad de percibir mayores ingresos económicos para sustentar a la familia obliga a estas, a expulsar a los niños, niñas y adolescentes al mercado laboral. UNICEF ha desarrollado un conjunto de criterios básicos para determinar cuando el trabajo es considerado como explotación, a saber: 1) dedicación exclusiva al trabajo a una edad demasiado temprana, 2) pasar demasiadas horas

trabajando, 3) el trabajo que provoca estrés físico, social o psicológico indebida, 4) trabajar y vivir en la calle en malas condiciones, 5) salario inadecuado, 6) delegar demasiada responsabilidad al niño, niña y adolescente, 7) el trabajo que impide al acceso a la educación, 8) el trabajo que mina la dignidad y autoestima del niño, niña y adolescente, 9) y que le impide conseguir un pleno desarrollo social y psicológico.^[14]

4.5. VIOLENCIA POR OMISIÓN Y SUPRESIÓN

Dentro de la violencia cometida por omisión y represión se encuentra la negligencia o la renuncia. La negligencia y el abandono emocional son las formas de maltrato infantil que presentan la mayor dificultad de identificación y tienen efectos muy negativos en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño, niña o adolescente.^[14]

La negligencia física o psicoafectivo constituye abuso pasivo y el abuso pasivo ocurre y ocurre cuando las necesidades fisiológicas, cognitivas, emocionales, sociales y de autoestima de un niño o adolescente no son tomadas en cuenta o permiten que sean transitorias o reprimidas.^[14]

Omisión

Es intención de los padres o de sus agentes omitir sus deberes y obligaciones de cuidar y / o satisfacer las necesidades básicas del niño, niña o adolescente, tales como en materia de seguridad alimentaria, alojamiento, cuidado, estudios; todos los servicios asistenciales necesarios para la supervivencia y la calidad de vida
[20]

Negligencia

Es cuando se produce un daño o una situación que pone en peligro la integridad física o psicológica de los niños, niñas y adolescentes. Se refiere a la falta de previsión, cuidado y disposición para evitarlos provocada por cualquier adulto que

se encargue de ello. Es decir, situaciones resultantes de negligencia, falta de comprensión o comprensión. ^[20]

De privación emocional

Se refiere a aquellas conductas encaminadas a evitar sistemáticamente el contacto físico, manifestación de afecto, interacción verbal, física y emocional con el niño, niña o adolescente por parte de sus padres o quien los cuida. Esto definitivamente tiene implicaciones de salud emocional y de desarrollo, así como su desarrollo integral. Entonces se puede afirmar que el abuso infantil en las relaciones abusivas de poder, en el comportamiento violento hacia el niño o / o daño real que ponga en peligro su integridad física y emocional. ^[20]

4.6. OTROS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Maltrato prenatal

Conducta realizada voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto. ^[5]

Síndrome de Münchausen por poderes

Los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que inducen a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamiento es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario ^[15]. El progenitor implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y

mantener esta relación. La relación del padre/madre perpetradora y el niño afectado es patológica. ^[15]

Síndrome del 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. ^[21]

El síndrome de 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. ^[21]

LESIONES INTENCIONALES (VIOLENCIA)

“Violencia es el uso de la fuerza física o el poder real o por amenaza, contra la persona misma contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o privación” (OPS/OMS) ^[20]

Según la relación entre víctima y agresor, la violencia puede ser de tres tipos:

- **Violencia auto infligida:** La que una persona se ocasiona a sí mismo ^[20]
- **Violencia Interpersonal:** La impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos. Dentro de este tipo está incluida la violencia intrafamiliar, maltrato al menor, agresión física, etc. ^[20]
- **Violencia Colectiva:** infligida por grupos grandes como el Estado, contingentes políticos organizados, grupos irregulares u otros establecidos y reconocidos en la comunidad. ^[20]

4.7. CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

Según la forma en que se causa daño la violencia se puede dar de cuatro maneras:

- **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 ocasionados de manera intencional).
[22]
- **Violencia sexual**, son las conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.
[22]
- **Violencia psicológica**, son las conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo. [22]
- **Violencia por Privaciones o descuido**, ejercida mayormente contra menores de edad, pero no es exclusivo de ellos. En este acápite se considera los siguientes tipos de negligencia de los padres o tutores:
 - ✓ **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. [22]
 - ✓ **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. [22]
 - ✓ **Emocional**, los padres/tutores/cuidadores que no proporcionen el apoyo emocional necesario, protección, cuidado y amor. [22]

- ✓ **Educativa**, los padres/tutores/cuidadores que niegan el derecho del niño/niña a la escolaridad y estimulación intelectual apropiada [22]

- ✓ **Económica**, los padres/tutores/cuidadores que no satisfagan las necesidades básicas de subsistencia del niño/niña. [22]

4.8. FACTORES DE RIESGO

La vulnerabilidad de los niños y adolescentes están relacionadas estrechamente con la edad y el sexo, como puede verse en las siguientes figuras: [22]

Del niño, niña y adolescente

- Prematuro/bajo peso al nacer
- Niños/niñas con malformaciones congénitas.
- Portador de una patología crónica o discapacidad física o psíquica
- Niños hiperactivos o con problemas de conducta
- Niño no escolarizado, fracaso escolar o bajo rendimiento escolar.
- Hijo no deseado o no planificado.

De los padres o responsables

- Padres con historias de malos tratos.
- Madre y/o padre adolescente con bajo nivel de escolaridad e insuficiente soporte conyugal, familiar y social.
- Padres con antecedentes de desarmonía y ruptura familiar.
- Padres con pobre autoestima, falta capacidad empática y poca tolerancia al estrés.
- Padres con problemas psiquiátricos (depresión, intento de suicidio, etc.), antecedentes de alcoholismo y drogadicción.
- Padres con deficiencias mentales o desinformados de las características evolutivas del niño y sus necesidades en las diferentes etapas del desarrollo.
- Padres que ignoran, rechazan y amenazan permanentemente a los niños.
- Madre con embarazo no deseado.
- Antecedentes de provocación intencional de aborto.
- Rechazo persistente del embarazo.
- Falta de previsión del ajuar y otras necesidades para el recién nacido.
- Inasistencia a controles prenatales.

De la familia

- Falta de reconocimiento de la violencia como problema, por ende, falta de búsqueda de apoyo.
- Escaso apoyo o mal dirigido en la resolución de conflictos conyugales.
- Familias monoparentales con uniones extramaritales e hijos no deseados.
- Hacinamiento
- Pobreza
- Abandono o negligencia
- Migración
- Consumo de sustancias como el alcohol.

De la sociedad

- desempleo y falta de recursos económicos.
- Aislamiento y ausencia de redes sociales de apoyo por indiferencia y falta de solidaridad.
- Insatisfacción laboral o tensión en el trabajo
- Corrupción institucional
- Tráfico y prostitución infantil
- Delincuencia, alcoholismo y drogadicción.

De la cultura

- Aceptación cultural de la violencia, prácticas nocivas a la salud física y mental.
- Actitudes negativas hacia la niñez (los niños como posesión, aceptación del castigo corporal, como medio de disciplina y "educación").
- Repetición de patrones de conducta.

Cuadro 2. Normas en la atención de la violencia y sus efectos. ^[5]

4.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL MALTRATO INFANTIL

Cuando a un paciente se le detecta una lesión, y se diagnostica un maltrato presuntivo, se debe detallar el tipo, tamaño, forma, color, localización, numeración, antigüedad de la misma, así como también el tiempo que tardará en sanar, valorando el nivel de gravedad, es decir, si deja cicatriz perpetua y visible, si produce incapacidad funcional, estructural o pone en peligro su vida. [25]

- **Lesiones cutáneas o mucosas:** hematomas, equimosis, laceraciones, marcas por objetos, arañazos, alopecia traumática, mordeduras, quemaduras. [25]
- **Lesiones osteoarticulares:** fracturas, subluxaciones, contusiones por tracción. [25]
- **Lesiones toracoabdominales:** rupturas de vísceras huecas, macizas, pseudoquistes pancreáticos, úlceras. [25]
- **Lesiones oculares:** hemorragias retinianas, desprendimiento del cristalino, hematomas peri orbitarios, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina. [25]
- **Lesiones del sistema nervioso central:** hematoma subdural, edema cerebral, síndrome del latigazo cervical, hemorragia subaracnoidea. [25]
- **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. [20]
- **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. [20]

- **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. [20]

4.10 DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS DE SOSPECHA

Conforme Wolfe [22] indica, son criterios clínicos de sospecha de maltrato que:

- Los acompañantes como los hijos u otros menores 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 presente:
 - ✓ Trastorno de la conducta (enuresis, trastorno del sueño, alimentación, cambios en el comportamiento, en el rendimiento escolar, etc.) [22]
 - ✓ Lesiones cutáneas, equimosis, hematomas, heridas, quemaduras sin explicaciones o con explicación poco convincente. [22]
 - ✓ Contusiones en neonatos o lactantes menores (que no se movilizan autónomamente). [22]
 - ✓ Contusiones en la cara (excepto la frente y mentón), espalda, abdomen, brazos, nalgas, oídos y dorso de las manos. [22]
 - ✓ Contusiones en regiones del cuerpo sin prominencias óseas. [22]
 - ✓ Contusiones que dibujan o marcan claramente el instrumento usado. [22]

- ✓ Lesión circular en la región del cuello que aparente un intento de estrangulación. [22]
- ✓ Lesiones circulares en muñecas y tobillos que aparentan y sugieren marcas de ligadura. [22]
- ✓ Áreas de alopecia por arrancamiento. [22]
- ✓ Fracturas óseas, principalmente “fracturas metafisiarias” y “fracturas en esquina” “fracturas en asa de balde”. [22]
- ✓ Traumatismo cráneo – encefálicos. [22]
- ✓ Lesiones en áreas genitales o anales sugerentes de violencia sexual. [22]
- ✓ Embarazo a temprana edad/embarazo no deseado. [22]
- ✓ Omisión de cuidados (niño descuidado, sucio, desnutrido, ropa inadecuada). [22]

4.11 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesiones accidentales [22] como ser los hematomas, heridas, fracturas, quemaduras y otros.
- Patologías óseas [22] como ser osteogénesis imperfecta, raquitismo, hipofosfatasa, hiperostosis cortical infantil, osteomielitis, sífilis congénita, leucemia, neuroblastoma y otras.
- Lesiones dérmicas por reacción adversa o sustancias desconocidas y por patologías oncológicas y/o hematológicas [22] como ser hemofilias, síndrome de Ehlers Danlos, coagulación intravascular diseminada, meningococemia y otras. También enfermedades dermatológicas como la necrólisis epidérmica tóxica, vasculitis por hipersensibilidad, eritema multiforme, intenso dermografismo.

- Lesiones neurológicas [22] que causan trastornos sensoriales como el mielomeningocele, paraplejia y la indiferencia congénita al dolor.
- Enfermedad psiquiátrica [22]
- Autolesiones [22] como las automutilaciones por metabolopatías o psicopatías.

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 [22]

V. 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 causantes que las originaron, así como el relato inverosímil de los hechos, para que así se pueda actuar de forma inmediata, ya que las lesiones que presentan los menores agredidos suelen ser causa de morbilidad y mortalidad elevadas.

Es por este motivo que la ley N° 2026 de 27 de octubre de 1999, aprueba el Reglamento del Código del Niño, Niña y Adolescente con el objeto de establecer y regular el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben proporcionar a todo niño, niña y adolescente boliviano, con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia. ^[26]

Con relación al Derecho a la Vida, en su capítulo I, artículo 5 establece a la letra:

CAPÍTULO I

Derecho a la vida y a la salud

Artículo 5° (Responsabilidad institucional)

- I. En el marco de lo determinado por las leyes especiales, el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Título I del Código del Niño, Niñas y Adolescente es de responsabilidad del Ministerio de Salud, las Gobernaciones y los Municipios.
- II. Es responsabilidad de Salud – SEDES, la administración de los recursos humanos y la implementación de los programas nacionales de salud dirigidos a niños, niñas y adolescentes.

III. A su vez, los Gobiernos Municipales son responsables de la dotación y el mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento de hospitales, centros de salud y postas sanitarias, gastos de medicamentos e insumos.

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 ^[26]
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 causa 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 hacer cumplido la edad fijada por la ley
9. Se lo utilice o induzca su participación en cualquier tipo de medidas de hecho como huelgas de hambre acto violentos y otras que atenten contra su seguridad, integridad física o psicológica.
10. Existan otras circunstancias que implique maltrato.

DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO (CPE) [27]

La Constitución Política del Estado Boliviano establece, en sus artículos 58, 59 y 60 que “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 esta, y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo, a sus identidades, intereses y aspiraciones”, así como establece que “Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral” y además “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”.

Con relación al deber de la sociedad de garantizar el interés superior de los niños dispone textualmente que “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”.

Por último, el artículo 6 de la Constitución dispone:

Artículo 6

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

CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE LEY N° 548 DE 17 DE JULIO DE 2014

[28]

Esta Ley en su artículo 142 y siguientes, dispone como derechos de las niñas niños y adolescentes:

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 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.

Con relación a la definición de violencia, este cuerpo legal indica, en su artículo 147 lo siguiente:

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 sexual 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.

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.

LEY N 2026 BOLIVIA CÓDIGO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE ^[22]

La ley N° 2026, 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 posiciones 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 la ley.
9. Se lo utilice o induzca su participación en cualquier 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 impliquen maltrato.

CÓDIGO PENAL BOLIVIANO ^[29]

Este código establece como delitos relacionados al tema de investigación a los siguientes:

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.
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 (5) a diez (10) años y el segundo caso de cuatro (4) a ocho (8) 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 tratase 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 esta 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 tratase del caso previsto 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 aplicará una pena privativa de dos (2) a cuatro (4) 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 una 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 (20) a treinta (30) 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, realizará 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.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato es un delito difícil de detectar, puesto que estos hechos generalmente ocurren al interior de las familias, por lo que pueden no ser mostrados a su entorno social ^[21]. El médico general, 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 y adolescente agredido, puesto que las lesiones que se encuentren son evidencia y cobran jerarquía médico-legal.

El maltrato puede ser clasificado como físico, psicológico o emocional, sexual, explotación y negligencia – abandono.

Por ser el maltrato un problema social y de salud, su enfoque implica la participación de otras disciplinas y sectores. Sin embargo, el sector salud puede marcar una diferencia al proponer metodologías que han sido exitosas para la resolución de otros problemas.

La OPS está liderando la implementación y expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) como principal estrategia para mejorar la calidad de atención de la salud de la infancia, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y el hogar. ^[30]

La detección del maltrato se ha introducido como uno de los nuevos componentes de la estrategia y debe investigarse sistemáticamente en la atención de todos los niños por las siguientes razones:

- ✓ Porque está enmarcado dentro de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Niñez y Adolescencia.
- ✓ Es un problema universal
- ✓ Sigue las políticas de la OMS dentro del año del informe mundial de violencia y salud

- ✓ Las cifras epidemiológicas reales y el registro justifican evaluar a todos los niños en busca de maltrato
- ✓ Es un problema oculto o sea que la madre pocas veces mencionará de maneras espontanea la existencia del problema y pocos niños tienen evidencia clara de maltrato.

En Bolivia, 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, de manera que 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.

Si bien los datos generales a nivel nacional, regional y mundial coinciden en relación a la frecuencia, tipología y signo sintomatología del maltrato, el contar con un dato estadístico propio del centro de salud Viacha permitirá evidenciar la existencia de maltrato en la localidad, lo que se constituye en un punto de partida para posteriores conductas estatales o privadas que busquen disminuir los resultados obtenidos en el presente estudio.

Tomando en cuenta todo lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia, tipología y clínica del maltrato en niños, niñas y adolescentes atendidos en consulta externa, servicio de emergencias del Centro de Salud Viacha, Provincia Ingavi, La Paz, Bolivia, primer trimestre 2020?

VII. OBJETIVOS

Objetivo General

1. Identificar la frecuencia, tipología y clínica del maltrato en niños, niñas y adolescentes atendidos en Consulta externa, servicio de emergencia del Centro de Salud Viacha, Provincia Ingavi, La Paz, Bolivia, primer trimestre 2020.

Objetivos Específicos

1. Determinar el número de casos atendidos por maltrato en consulta externa y servicio de emergencias del Centro de Salud Viacha.
2. Identificar el sexo y grupo etario más frecuentes de los casos atendidos por maltrato en el Centro de Salud Viacha.
3. Describir la tipología del maltrato en el Centro de Salud Viacha.
4. Distinguir los maltratos por acción y omisión atendidos por maltrato en el Centro de Salud Viacha.
5. Determinar el tipo de lesión y región anatómica que presentan los casos atendidos por maltrato.

VIII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

8.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo realizado en el Centro de Salud Viacha, de la Provincia Ingavi durante el primer trimestre 2020.

Descriptivo porque se mencionará las características encontradas en la población de estudio, no busca relación causa-efecto.

Transversal porque es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual.

Retrospectivo porque el inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados y los datos se recogen de archivos sobre hechos sucedidos.

8.2. POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO

La población en estudio estuvo conformada por 80 Historias Clínicas de niños, niñas y adolescentes, que ingresaron a consulta externa y emergencia del Centro de Salud Viacha de la provincia Ingavi, durante el primer trimestre del 2020

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Viacha, en proceso de acreditación, está ubicado en la zona central avenida montes B, de la ciudad de Viacha, provincia Ingavi, cuenta con una población de aproximadamente 39.000 niños, niñas y adolescentes que acuden a dicho centro.

8.3. MUESTRA

No se realizó muestreo, porque se trabajó con totalidad de la población haciendo a 80 Historias Clínicas de niños, niñas y adolescentes que fueron diagnosticados de maltrato en el Centro de Salud Viacha, durante el primer trimestre del 2020.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de niños, niñas y adolescentes que acudieron al Centro de Salud Viacha y fueron diagnosticados de maltrato en consulta externa y emergencias.
- Historias Clínicas de niños, niñas y adolescentes que acudieron por motivos de abandono/descuido/negligencia

8.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas de niños, niñas y adolescentes que acudieron al Centro de Salud Viacha que no fueron diagnosticados de maltrato.

8.5 VARIABLES

- Edad de la víctima de maltrato
- Sexo de la víctima de maltrato Infantil
- Tipo/clasificación de maltrato
- Servicio médico consultado
- Tipo de maltrato por acción
- Tipo de maltrato por omisión
- Tipo de las lesiones que presenta
- Ubicación anatómica de la lesión

8.6. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa	Número de años	Formulario ítem 1
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los seres humanos	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	Formulario ítem 2
Servicio médico consultado	Forma por la cual el paciente accede a los servicios de salud	Cualitativa Nominal	Consulta Externa Emergencia	Formulario ítem 3
Tipo de maltrato	Clases de Maltrato, conforme la literatura legal, que pueden presentarse	Cualitativa Nominal	Maltrato por acción. Maltrato por omisión.	Formulario ítem 4
Maltrato por acción	Actos manifiestos realizados por el agresor	Cualitativa Nominal	Físico Sexual Psicológico	Formulario ítem 5

Maltrato por omisión	Negligencia por parte del agresor en el cumplimiento de sus obligaciones	Cualitativa Nominal	Descuido/negligencia Abandono Intoxicación Mordedura de can Lesiones accidentales	Formulario ítem 6
Tipo de lesión corporal	Clasificación de las lesiones físicas conforme las ciencias de la salud	Cualitativa Nominal	Equimosis Hematoma Fracturas Quemaduras Mordedura animal Excoriación Eritema TEC Marcas (hebillas, cinturones, cigarros) Otras lesiones	Formulario ítem 7
Ubicación corporal	Lugar en el cuerpo en el que	Cualitativa Nominal	Cabeza Cara	Formulario ítem 8

de la lesión	se ejerció el maltrato físico		Cuello Extremidad superior Extremidad inferior Tórax Abdomen/pelvis Espalda/glúteos Área genital	
-------------------------	----------------------------------	--	--	--

Cuadro 3. Elaboración propia.

Diseño del Instrumento

Para la recolección de la información se diseñó un formulario para recolectar datos de la historia clínica en base a la información identificada de la literatura vigente sobre el maltrato a niñas, niños y adolescentes, así como el análisis de la posibilidad de recolección de datos específicos conforme a las historias clínicas que se encuentran en el Centro de Salud Viacha.

El formulario tiene por objetivo facilitar la recolección de datos en base a la revisión de las historias clínicas determinadas como base de la presente investigación.

Forma de Validación.

Antes de proceder al uso del instrumento diseñado se procedió a acceder a tres historias clínicas del Centro de Salud Viacha correspondientes a pacientes menores de 18 años, se procedió a verificar si es que de la revisión de estas el formulario podía proporcionar los datos requeridos para realizar la investigación.

Forma de Identificación de Casos de Maltrato

Para la identificación de los casos de maltrato en niñas, niños y adolescentes del Centro de Salud Viacha se procedió a analizar el total de las historias clínicas correspondientes a maltrato en los servicios de consulta externa y emergencias que fueron catalogadas como tal por los médicos que atendieron a los pacientes, el número de historias clínicas con estas características fue de 80, éstas fueron apartadas para proceder a su revisión en base al instrumento de recolección de información ya diseñado.

Forma de identificación de Tipos de Maltrato

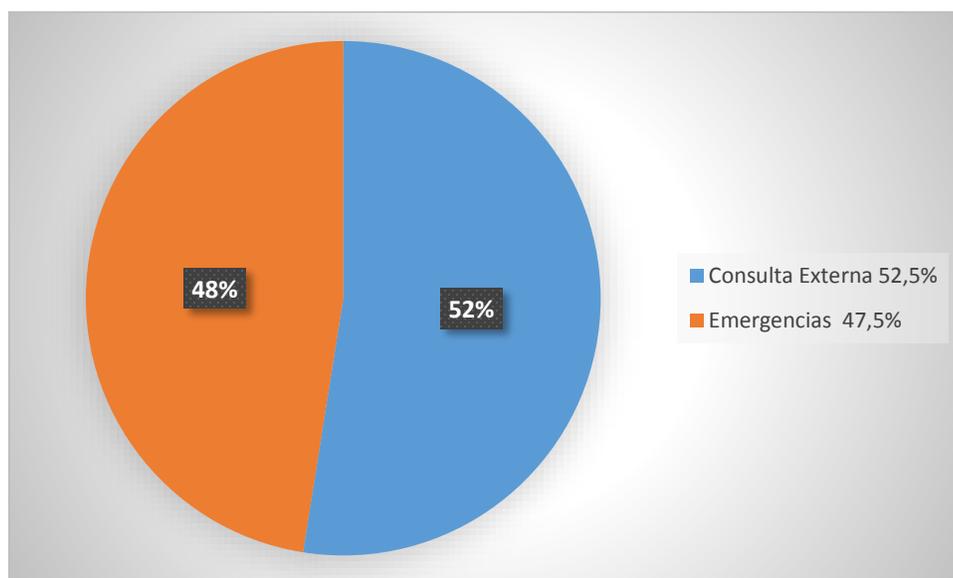
Del análisis de las historias clínicas identificadas como casos de maltrato se procedió a clasificar en primer lugar a aquellas que reportaron maltrato por acción o por omisión. Luego de esta clasificación se procedió a identificar en cada una de dichas historias clínicas si el maltrato podía ser clasificado como físico, sexual, producto del abandono o producto del descuido o negligencia del responsable de la niña, niño o adolescente. Habiendo identificado estos datos generales se procedió a utilizar el instrumento de recolección de información diseñado para la investigación.

IX. RESULTADOS

Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el formulario realizado a partir de las historias clínicas analizadas.

GRÁFICO Nº 1

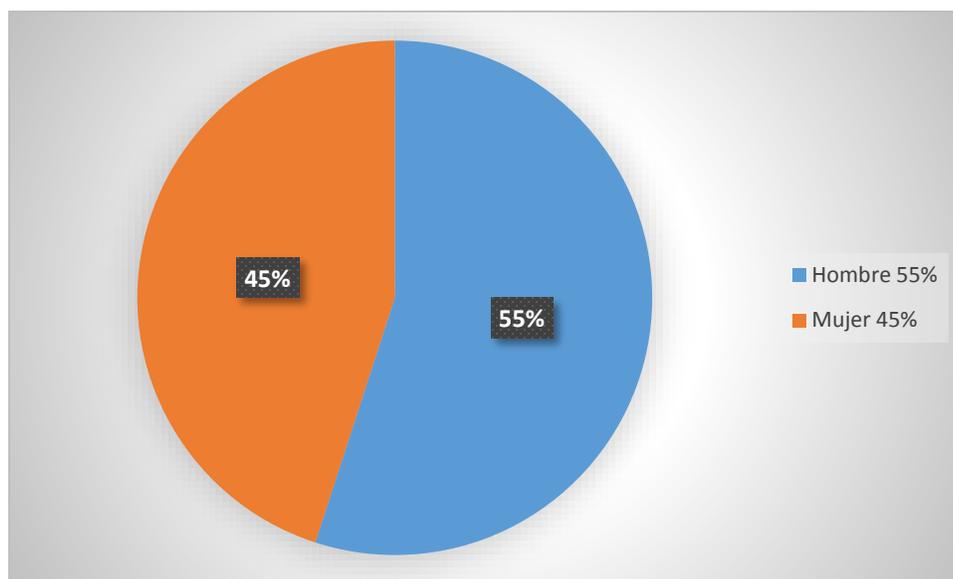
NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS POR MALTRATO EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER TRIMESTRE 2020



FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran 52,5% atendidos en consulta externa que representa 42 historias clínicas, 47,5% atendidos por el servicio de emergencias que representa 38 historias clínicas.

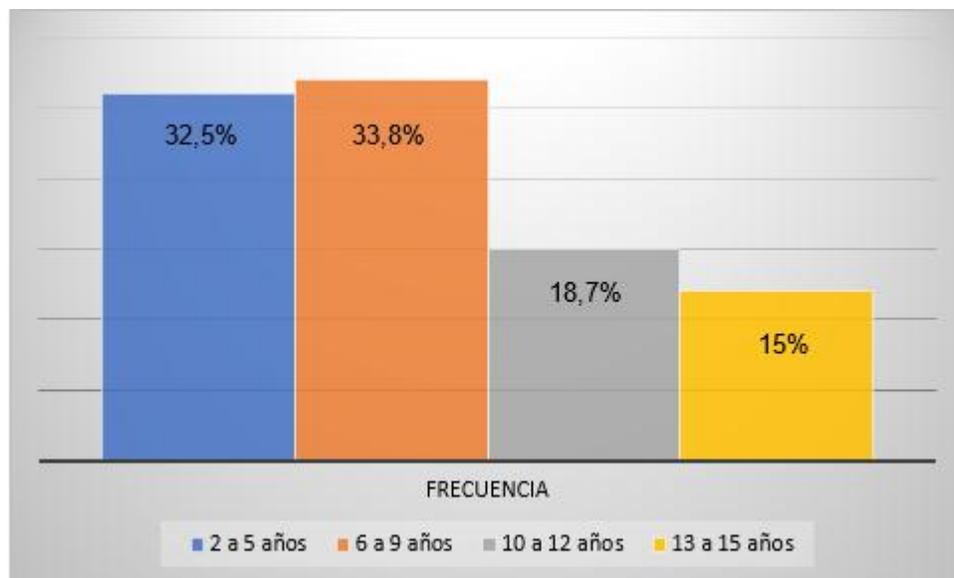
GRÁFICO Nº 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN SEXO,
ATENDIDA EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIAS POR
MALTRATO, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER
TRIMESTRE 2020



FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran que el 45%, que representa a 36 historias clínicas, corresponde al sexo femenino y el 55% restante, que representa a 44 historias clínicas, corresponde al sexo masculino. Se observa que el sexo masculino sería el más vulnerable en el maltrato infantil.

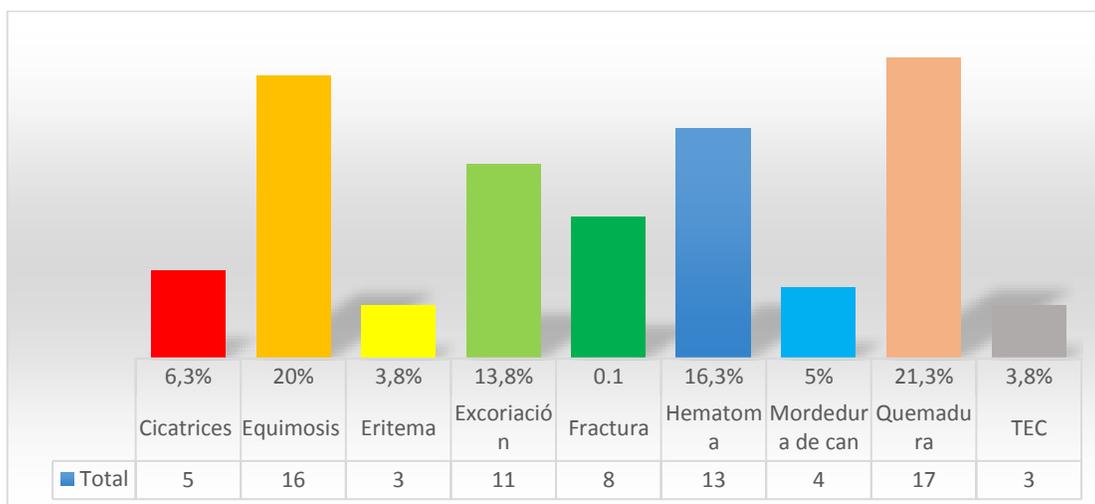
GRÁFICO Nº 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN EDAD ATENDIDA
EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIAS POR
MALTRATO, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER
TRIMESTRE 2020



FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran el 32.5% corresponde al grupo etario de 2 a 5 años, el 33,8% corresponde al grupo de 6 a 9 años, 18,7% al grupo de 10 a 12 años y 15 % corresponde al grupo de 13 a 15 años. Se observa que el grupo etario más vulnerable de maltrato infantil que se registró en el Centro de Salud Viacha, en el primer trimestre fue el de 6 a 9 años.

GRÁFICO Nº 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN TIPO DE
LESIÓN, ATENDIDA EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE
EMERGENCIAS, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER
TRIMESTRE 2020

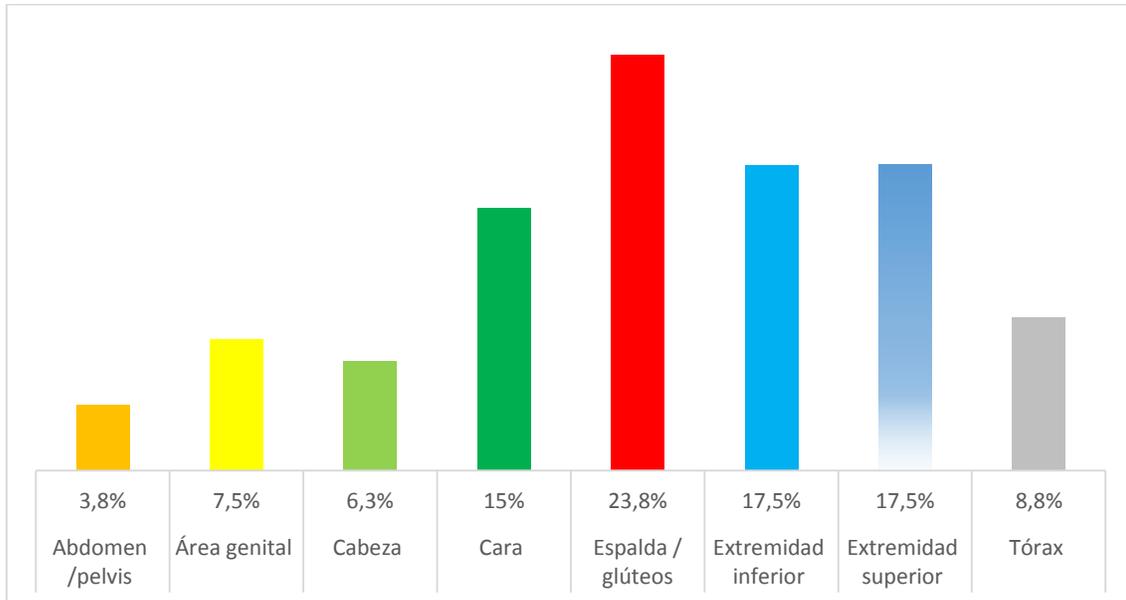


FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran equimosis en 20% de los casos, 16.25% de los casos muestran hematoma, 10% fracturas, 21.25% quemaduras, 5% mordedura de can, 13.75% excoriaciones, 3.75% eritema, 3.75% TEC, 6.25%, cicatrices (hebillas, cinturón, cigarro). Se observa que la lesión por quemadura identificada en consulta externa y servicio de emergencia se presenta con mayor frecuencia.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN UBICACIÓN DE LA LESIÓN, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIA, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER TRIMESTRE 2020



FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran que, con relación a la ubicación de la lesión, 6.3% se ubican en cabeza, 15% cara, 17.5% en extremidad superior, 17.5% en extremidad inferior, 8.8% en tórax, 3.8% en abdomen/pelvis, 23.8% en espalda/glúteos y 7.5% área genital. Se observa que la lesión ubicada en región de espalda/glúteos es la zona anatómica de mayor porcentaje de casos.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN TIPOLOGÍA, ATENDIDA EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIAS POR MALTRATO, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER TRIMESTRE 2020

TIPOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MALTRATO POR ACCIÓN	30	37,5%
MALTRATO POR OMISIÓN	50	62,5%

FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran que el 37.5% de los casos analizados, que corresponden a 30 historias clínicas, responden a maltrato por acción. El 62.5% de los casos, que corresponden a 50 historias clínicas, responden a maltrato por omisión. Se observa que el maltrato por omisión se presenta en mayor frecuencia.

TABLA N°2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN MALTRATO POR ACCIÓN, ATENDIDA EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIAS, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER TRIMESTRE 2020

MALTRATO POR ACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FÍSICO	47	58,8%
SEXUAL	7	8,8%
PSICOLÓGICO	26	32,5%
TOTAL	80	100%

FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Los datos muestran que el maltrato por acción de tipo físico corresponde al 58.8%, sexual 8.8% y psicológico 32.5% respectivamente. Se observa que el tipo de maltrato físico es el que se presenta con mayor frecuencia.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SEGÚN MALTRATO POR OMISIÓN, ATENDIDA EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIA, CENTRO DE SALUD VIACHA, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER TRIMESTRE 2020

MALTRATO POR OMISIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESCUIDO/NEGLIGENCIA / ABANDONO	29	36,3%
INTOXICACIÓN	12	15%
MORDEDURA DE ANIMAL	11	13,8%
LESIONES ACCIDENTALES	28	35%
TOTAL	80	100

FUENTE: Elaboración Propia – Datos Recolectados

Conforme los datos obtenidos sobre el maltrato por omisión pueden observarse que el 36.3% corresponde a descuido/negligencia, abandono, el 15% por intoxicación, 13.6% a mordedura de animal y 35% a lesiones accidentales. Se observa con mayor representación al maltrato por descuido/negligencia o abandono, dentro de los casos encontrados en consulta externa y servicio de emergencia.

X. DISCUSIÓN

Se tomaron en cuenta para el presente estudio los menores de 2 a 15 años de ambos sexos, quienes durante el primer trimestre 2020, fueron atendidos en consulta externa y el servicio de emergencias, por algún tipo de maltrato, en el Centro de Salud Viacha, provincia Ingavi, La Paz, Bolivia.

Para la discusión en la presente investigación se trabajará con estudios comparativos que permitan validar los datos obtenidos, así como resaltar y razonar las posibles causas de las diferencias entre éstos con los datos obtenidos del Centro de Salud Viacha.

No existen estudios previos que nos indiquen cuál es el porcentaje referente acerca del servicio médico en el que se captan con mayor frecuencia a los menores sometidos a maltrato. En el presente estudio se evidenció que el servicio de consulta externa es el que permitió captar la mayor parte de los casos, sin embargo, la diferencia porcentual entre este servicio y el servicio de emergencias no es considerable.

Conforme lo establecido en el Informe de la defensoría del año 2015 “Las niñas y las Adolescentes: Derechos Invisibilizados Vulnerados” ^[32] y el estudio “Cifras de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en el Perú” se evidencia que el género más afectado es el femenino, con valores de aproximadamente 55% frente al 45% de afectación en hombres. Sin embargo, en el estudio realizado se evidenció un mayor porcentaje de maltrato en el género masculino. En el estudio en el que se compara esa información los sujetos estudiados han sido analizados desde la dimensión de otras formas de maltrato tales como el maltrato sexual, psicológico y laboral.

En relación a la edad, según el documento “Bolivia, determinantes de la violencia contra la niñez y adolescencia” del Ministerio de Planificación del Desarrollo con la UNICEF del año 2008 ^[31] cuanto mayor es el número de miembros con edades menores a los 5 años, la probabilidad de que se genere violencia en el hogar es

mayor. El presente estudio muestra que la incidencia de violencia es mayor en el grupo etario de 6 a 9 años con un 33,8% de incidencia, seguido por un 32,5% para niñas y niños de 2 a 5 años. Puede afirmarse que los resultados obtenidos en 2020 son concordantes con los del estudio comparativo.

Conforme lo establecido en el Informe mencionado previamente de la defensoría del año 2015 ^[32] 34% de las niñas y 23% de los niños en Bolivia fueron sexualmente agredidos antes de cumplir los 18 años. La presente investigación no concuerda con esta información dado que la incidencia de violencia sexual registrada es de solamente el 7%. La discrepancia entre los datos del informe comparado con la presente investigación puede inferirse del tipo de estudio realizado: El informe de la defensoría incluye varias dimensiones en el análisis psicológico que no se encuentran al alcance de los trabajadores en salud del Centro de Salud Viacha. Probablemente el dato obtenido en el centro sea incorrecto dado el fuerte contenido tabú del maltrato sexual ante la presencia de adultos por parte de las niñas y niños.

Según el documento “Bolivia, determinantes de la violencia contra la niñez y adolescencia” ^[31] se determinó que el castigo más común entre el físico y el psicológico es el primero con un porcentaje de 61% sobre el castigo psicológico que tiene un 38%.

Los datos obtenidos del presente estudio concuerdan con los del documento anteriormente señalado dado que al momento de la recolección de datos con relación a la tipología de maltrato más común se presenta un 58% para el maltrato físico, un 26% para el maltrato psicológico y 7% de maltrato sexual.

El estudio ya mencionado del Ministerio de Planificación del Desarrollo con la UNICEF (2008) establece que, según orden de prelación, el maltrato más común es el del castigo con chicote, correa o palo; los golpes con palmadas, sopapos y lapsos o el jalón de orejas.

La actual investigación determinó que la zona corporal más común para la existencia de lesiones es la espalda/glúteos, con un 23,8%, hecho que concuerda con el estudio de 2008. Sin embargo, se presenta una discrepancia entre ambos estudios en las demás zonas corporales, dado que en el realizado en la presente investigación identifica a las extremidades superiores e inferiores como las zonas de mayor incidencia de lesiones luego de la región anteriormente mencionada. Las extremidades superiores e inferiores no son lugares en los cuales se suele dar golpes con palmadas ni sopaos ni lapos. Por lo general esta región corporal es la cabeza; sin embargo, el presente estudio denota una incidencia del 6,3% para las lesiones en cabeza y 15% para aquellas ocurridas en la cara.

XI. CONCLUSIONES

Al culminar con la investigación del presente trabajo se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. Existe un porcentaje mayor de atención de casos de maltrato que ingresan por medio del servicio de consultas externas, en contraposición de los casos que ingresan por el servicio de emergencias, siendo que 52,2% corresponde al primer servicio, mientras que 47,5% corresponde al segundo. Por lo tanto, se infiere que esto podría deberse a que un gran porcentaje del maltrato identificado es de carácter psicológico o físico sin graves consecuencias para la supervivencia de los menores afectados.
2. Del total de personas atendidas por ambos servicios en el Centro de Salud Viacha, se evidencia que el 45% son de sexo femenino y el 55% son de sexo masculino. Esto denotaría una tendencia de los varones a sufrir mayor incidencia de maltrato con relación a las mujeres. Esto no concuerda con los datos evidenciados en la sección de discusión, donde se determina que el sexo más afectado es el femenino. Con relación a las edades registradas de las personas que ingresaron al Centro de Salud Viacha, se tiene que el grupo etario en el que el maltrato es más frecuente es el de los niños de 6 a 9 años de edad, que corresponde al 33,8% de los casos registrados. Es también importante considerar el otro grupo etario más frecuentemente afectado es el de 2 a 5 años con un porcentaje de 32,5%. Puede inferirse que son los infantes y niños, por encima de los adolescentes, los que están mayormente expuestos al maltrato.
3. Con relación a si el maltrato se presentó por acción u omisión, se determinó que solamente el 37,5% de los casos corresponde a una acción efectiva para generar el maltrato mientras que en el 62,5% de

los casos el maltrato se efectivizó por omisiones de las personas encargadas del cuidado de las niñas, niños y adolescentes. Por tanto, puede inferirse que la pasividad, dejadez o abandono en el deber de cuidado de aquellos responsables de las niñas, niños y adolescentes es más frecuente que una acción dirigida específicamente a maltratarlos.

4. El maltrato por acción más evidente fue el físico con un 58,8% de los casos lo cual está relacionado con la necesidad de una asistencia sanitaria en un centro de salud con las características del centro estudiado. El maltrato por omisión que más se presentó fue el de descuido, negligencia y abandono con un porcentaje de 36,3% seguido de las lesiones accidentales con 35%. Las lesiones relacionadas a las quemaduras pueden estar vinculadas no a la acción del agresor, sino al comportamiento negligente del que tiene el deber de cuidado de las niñas, niños y adolescentes a su cargo.
5. Con relación al tipo de lesión y región anatómica en el que se presentan los casos atendidos por maltrato se tiene que la lesión más frecuente es la quemadura, en 21,25% de los casos; la equimosis se presenta en el 20% de los casos y el 16,25% corresponde a hematoma. La región anatómica en la que se presenta el maltrato físico con mayor frecuencia es la espalda/glúteos con un 23,8% de frecuencia entre las personas estudiadas; le siguen con 17,5% la extremidad inferior y 17,5% la extremidad superior. Puede inferirse que el maltrato físico principal se encuentra en el ejercicio de manipulaciones bruscas del agresor hacia sus víctimas, así como el castigo naturalizado conocido como el azote en los glúteos, que se relaciona directamente con las lesiones en la espalda por la proximidad entre ambas zonas del cuerpo.

XII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda implementar una normativa interna en el Centro de Salud Viacha de manera que el uso del instrumento de detección de maltrato infantil sea obligatorio tanto en atención en consulta externa como en emergencias.
2. Se debe reforzar la sensibilización, educación y capacitación en relación a los otros tipos de maltratos que probablemente no estén siendo captados tomando en cuenta que los estudios con los que se compararon los resultados muestran mayor índice de violencia hacia el género femenino y alta prevalencia de otros tipos de maltratos diferentes al físico.
3. Debe crearse una base de datos, para tener estadísticas certeras sobre casos de maltrato infantil en general.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro D, Horacio N, González C. Código de Hammurabi. Buenos Aires: Cooperadora de Derecho y Ciencias Sociales [Internet]; 1966. Disponible en: <http://derechospedia.com/component/content/article/91-ctextos-historicos-del-derecho/110-el-codigo-de-hammurabi> Consultado 30 Jul. 2021.
2. Rodríguez M, Ceró M. Maltrato infantil [Internet]; 2016. Disponible en: <http://www.mipediatra.com/infantil/maltrato.htm>. Consultado 3 Sept. 2021.
3. Grandi J. Medicina Forense: Síndrome del Niño Maltratado. 3^{ra} ed. Editorial Manual Moderno: México DF; 2014. (15)
4. Investigación EE. Maltrato Infantil en la familia en España [Internet]. Gob.es. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf Consultado 12 Sept. 2021.
5. Ministerio de Salud. Norma en la atención de la Violencia y sus efectos. 1^{ra} ed. España [Internet]; 2012. Disponible en: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/bo40.1/documentos/629.pdf> Consultado 10 Agust. 2021.
6. Casas Becerra L. Ley No 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar: ¿un cambio de paradigma?. Anuario de Derechos Humanos. 2011 Jun 22;0(2).
7. González Sandoval GE. Apoyo de la gestión universitaria en la protección de las personas menores de edad en el corolario del XXV aniversario de la ratificación de la Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos. 2017 Jan 4;27(2):173.
8. Ministerio de salud – Gobierno de Chile. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores [Internet]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf Consultado 30 jul. 2021.

9. Álvarez Castillo JL. Bibliografía sobre maltrato infantil. Familia Revista de Ciencias y Orientación Familiar. 1995 Jan 1;(10):117–20
10. Millán S, García E, Hurtado JA, Morilla M, Sepúlveda P. Victimología infantil. Cuadernos de Medicina Forense. 2006 Apr;(43-44).
11. 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. Rev. Med. Montevideo, Uruguay; 2005 jun. (59-67).
12. Ávalos A. Síndrome de maltrato al menor. Cap. 32, PDF. México; 2006. (1-12).
13. Defensoría del Pueblo Estado Plurinacional de Bolivia, Las niñas y las adolescentes: derechos invisibilizados y vulnerados. [Internet]; Disponible en: <http://www.densoria.gob.bo> Consultado 10 Sept. 2021.
14. Ruiz M. Maltrato Infantil: Protocolos de Actuación. 2^{da} ed. revisada y actualizada. Madrid, España; 2008. (25).
15. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de violencia [Internet]; 2000. Disponible en: <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est>. Consultado 30 Agost. 2021.
16. Carmona J, Castro J. El síndrome del niño maltratado. Revista de neuropsiquiatría: Lima, Perú. (101-102).
17. Castro D, Criscuolo E. Universidad de Los Andes. Síndrome del niño maltratado. [Internet]. Mérida, Venezuela [Internet]; 2010. Disponible en: www.intramed.net Vol. 3 / Número 1. (1-3). Consultado 20 Sept. 2021.
18. Caro V, Lewis J, Ramírez F, Czemieswicz. N, BOLIVIA Determinantes de la violencia contra la niñez y adolescencia [Internet]; Disponible en: www.udape.gob.bo > portales_html > docsociales > DOC Consultado 30 Jul. 2021.
19. Soriano J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones Previnfad/PAPPS. Actualización diciembre 2015. [Internet]; Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm> Consultado 16 Agost. 2021.

20. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México* [Internet]. 1998 Jan 1;40:58–65. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n1/58-65/es/> Consultado 3 Sept. 2021.
21. Sandoval O. Maltrato en el Recién Nacido. *Revista Sociedad Boliviana de Pediatría*. 1998; 37(2): (55-59).
22. Factores de riesgo asociados al síndrome de maltrato infantil en niños mexicanos atendidos en el Servicio de Urgencias. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2020 Feb 1;118(1).
23. Santana R, Tavira C, Sánchez R, Ahedo C, Herrera E, Basto C. El maltrato infantil: un problema mundial. [Internet]. Disponible en: www.scielosp.org › *article* › *spm* Consultado 30 Jul. 2021.
24. *Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. Washington, D.C: OMS; 2003.* [Internet]. Disponible en : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. Consultado 2 Sept. 2021.
25. Grandini J. Síndrome del Niño Maltratado. *Medicina Forense*. 3^{ra} ed. Editorial Manual Moderno. México, D.F; 2014. (139).
26. Morales JM, Zunzunegui Pastor V, Martínez Salceda V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gaceta Sanitaria*. 1997;11(5):231–41
27. Reglamento a la Ley de Código Niño, Niña y Adolescente (Ley N° 2026), DS N°27443, Bolivia; 8 de abril de 2004. [Internet]. Disponible en: <https://www.lexivox.org> › *norms* › *BO-DS-27443* Consultado 21 Jul. 2021.
28. Constitución Política del Estado (CPE) – Bolivia – InfoLeyes – legislación online. [Internet]. Disponible en: <http://bolivia.infoLeyes.com/shownorm.php?id=469>[12/28/2011 Consultado 10 Sept. 2021.

29. Código Niña, Niño y Adolescente ley N°548 de 17 de julio de 2014. Asamblea legislativa Plurinacional. [Internet]. Disponible en: http://www.siteal.iiep.unesco.org/siteal_bolivia_0248 Consultado 21 Sept. 2021.
30. *Código Penal Bolivia*. [Internet]. Disponible en: https://www.oas.org/spanish/gapeco_sp_docs_bol1 Consultado 24 Agost. 2021.
31. Gaceta Médica de México, IV Historias de la agresión a los niños; volumen 139, número 4, julio-agosto 2003. [Internet]. Disponible: <https://www.medigraphic.com › pdfs › gaceta> Consultado 30 Agost. 2021.
32. Hinojosa, Viviana, et al. Ministerio de Planificación Del Desarrollo. 1134; 2008. [Internet]. Disponible en: <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/resoluciones/listadonor1/MINISTERIO%20DE%20PLANIFICACI%C3%93N%20DEL%20DESARROLLO/page:3> Consultado 24 Sept. 2021.
33. Defensoría del Pueblo Estado Plurinacional de Bolivia. Las niñas y las adolescentes: derechos invisibilizados y vulnerados -Diagnóstico Base- Informe Defensorial, 2015. [Internet]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/ninas-y-adolescentes-derechos-invisibilizados-y-vulnerados.pdf> Consultado 16 Sept. 2021.
34. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Maltrato Infantil: Una Dolorosa Realidad Puertas Adentro. 1 jul 2009. [Internet]. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/35986-maltrato-infantil-dolorosa-realidad-puertas-adentro. Consultado 21 Sept. 2021.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1

TALLER DE CAPACITACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ATENCIÓN EN EL MALTRATO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE EN EL CENTRO DE SALUD VIACHA

LUGAR: AUDITORIO DEL CENTRO DE SALUD VIACHA

ALCANCE:

El presente taller de capacitación de la implementación del instrumento de atención en el maltrato niño, niña y adolescente, es de aplicación para todo el personal que trabaja en el Centro de Salud Viacha.

FINES DEL PLAN DE TALLER DE CAPACITACIÓN

Siendo su propósito general impulsar la eficacia organizacional, la capacitación se lleva a cabo para contribuir a:

- Elevar el nivel de rendimiento de los profesionales, con ello elaborar mejores estadísticas para la detección del maltrato en niños o niñas, adolescentes.
- Generar conductas positivas y mejorar la atención al niño, niña y adolescente que acuden a la consulta en el Centro de Salud Viacha.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Fortalecer la prevención, detección, atención a personas víctimas de maltrato, hecho que debe ser abordado como una “Emergencia médica” de parte de todo el personal de salud.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Elaborar datos estadísticos correctos para la detección del maltrato en niños, niñas y adolescentes.

- Fortalecer el trabajo de los equipos de salud.
- Proveer conocimientos y desarrollar habilidades que cubran la totalidad de requerimientos para la atención en casos de maltrato en niños, niñas y adolescentes.

Metas:

Capacitar al 100% del personal de salud del Centro de Salud Viacha.

ESTRATEGIAS

Las estrategias a emplear son:

- Metodología de exposición – dialogo
- Analizar los casos casuísticos encontrados en el Centro de Salud Viacha.

1. ETAPAS DE LOS PROCESOS.

Etapa	Procedimientos	Responsables
Planificación	1. Elaboración del taller de capacitación del instrumento de atención a víctimas de maltrato en niños, niñas y adolescentes. 2. Aplicación del Instrumento de atención de víctimas de maltrato Técnicas. -Revisión y validación de textos y otros materiales educativos. -Emisión de Opiniones Técnicas.	Dra. Anyela Ruelas Viza COMITÉ DE ENSEÑANZA

	3. Seguimiento y monitoreo.	
Selección y conformación de equipos de trabajo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médicos Generales del Centro de Salud Viacha 2. Licenciadas en Enfermería y auxiliares. 3. Estadístico del Centro de Salud Viacha 	Personal de Planta
Ejecución	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOAPS 2. Revisión de textos y otros materiales educativos. 	Estadístico y Dra. Anyela Ruelas Viza
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del instrumento para atención de víctimas de maltrato. 2. Ayudas memorias. 	Dra. Anyela Ruelas Viza

2. ESTRUCTURA DEL TALLER DE CAPACITACION.

Actividad: Taller de capacitación de la implementación del instrumento de atención en el maltrato niño, niña y adolescente en el Centro de Salud Viacha

ANEXO N° 2

ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL MALTRATO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE EN EL CENTRO DE SALUD VIACHA



REGISTRO DE ATENCIÓN EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL

1. SERVICIO: CONSULTA EXTERNA EMERGENCIA
2. TIPO DE MALTRATO: () MALTRATO POR ACCIÓN
() MALTRATO POR OMISIÓN
3. NOMBRE Y APELLIDO:
4. FECHA DE NACIMIENTO: 5. EDAD:
6. SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()
7. PESO: TALLA:
8. GRADO DE ESCOLARIDAD:
9. DOMICILIO:
10. EL NIÑO/A FUE TRAIADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR:
11. PRIMERA CONSULTA () CONSULTA REPETIDA ()
12. FECHA DEL EVENTO:
13. TIPO DE MALTRATO: FÍSICO () SEXUAL () ABANDONO ()
DESCUIDO/NEGLIGENCIA ()
14. CIRCUNSTANCIAS DE COMO SUCEDIÓ EL EVENTO:
.....
15. CONSECUENCIA RESULTANTE: CONTUSION () LUXACIÓN ()
FRACTURA () HERIDA () QUEMADURAS () OTROS:
16. AGENTE DE LA LESIÓN: FUEGO/FLAMA/SUSTANCIA CALIENTE ()
OBJETO PUNZOCORTANTE () GOLPE CONTRA PISO/PARED () PIE O
MANO () ARMA DE FUEGO () MULTIPLES () OTROS:
17. LUGAR DEL CUERPO AFECTADO PRINCIPALMENTE: CABEZA () CARA ()
CUELLO () BRAZOS/MANOS () TORAX () ABDOMEN/PELVIS ()
ESPALDA/GLUTEOS () PIERNAS/PIES () AREA GENITAL () OTROS:
18. GRAVEDAD DE LA LESIÓN: LEVE () MODERADO () GRAVE ()

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN DE LA SUPERFICIE CORPORAL

19. 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:



ELABORACIÓN FUENTE PROPIA DRA. ANYELA MAYKA RUELAS VIZA



- G. FRENILLO.....
H. TABIQUE NASAL.....
I. TORAX.....
J. ABDOMEN.....
K. MIEMBROS SUPERIORES (MANOS, ANTEBRAZOS,
BRAZOS).....
20. OTROS HALLAZGOS EXAMEN FISICO:
.....

RESPONSABLE DEL MENOR:

NOMBRE Y APELLIDO:
PARENTESCO: EDAD:.....OCUPACIÓN:.....
ESTADO CIVIL:..... GRADO DE ESCOLARIDAD:.....
DOMICILIO:.....
VIVIENDA PROPIA () ALQUILADA () ANTICRETICO () FAMILIAR ()
CUIDADOR ()
TELEFONO O CELULAR:.....
NUMERO DE HIJOS:.....MASCULINO FEMENINO
MANIFIESTAN IGNORAR LAS CAUSAS DE LA LESIÓN QUE MOTIVA LA
CONSULTA: SI () NO ()
ATRIBUYEN A CAÍDA: SI () NO () MECANISMO DE LA MISMA:
HA TENIDO ASITENCIA MÉDICA PREVIA: SI () NO ()

PROBABLE AGRESOR

1. SE IGNORA: SI () NO ()
2. PARENTESCO: PADRE () MADRE () MADRASTRA () PADRASTRO ()
HERMANO () PROFESO () OTRO FAMILIAR:

ATENCIÓN BRINDADA

FECHA:.....HORA:.....
ATENCIONES OTORGADAS: TRATAMIENTO MEDICO () TRANSFERENCIA A
2DO NIVEL () MEDICO FORENSE () TRABAJO SOCIAL ()
AVISO A LA DEFENSORIA DE LA NIÑEZ: SI () NO ()
AVISO A LA POLICIA: SI () NO ()
OTRO:



ANEXO N° 3.

SOLICITUD DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La Paz, 22 de marzo de 2021

Señor:
Dr. M. Sc. Ivan W. Larico Laura
**DIRECTOR UNIDAD POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.M.S.A**
Presente.-



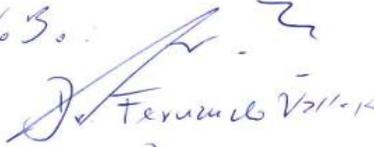
**Ref.: SOLICITUD DE RECOLECCION DE DATOS PARA LA
TESIS DE GRADO MAESTRIA EN MEDICINA FORENSE**

Mediante la presente saludo a usted deseándole éxitos en sus funciones. El motivo por el cual me dirijo a usted es para SOLICITAR PERMISO DE RECOLECCION DE DATOS, en el Centro Salud Viacha, que se encuentra a cargo del director Willam Suarez Ramirez, para el trabajo de tesis que lleva de título: " IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN CONSULTA EXTERNA - EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD VIACHA, PROVINCIA INGAVI, PRIMER TRIMESTRE DEL 2020", se obtendrá datos de las historias clínicas, es por esta razón que ruego a su autoridad se me de curso a mi solicitud.

Sin oro particular y esperando su respuesta favorable, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente


Dra. Anyela Mayka Ruelas Viza
C.I. 5943847 LP

Vo B. :

Dr. Fermin Villalva
Donato

ANEXO N° 4

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

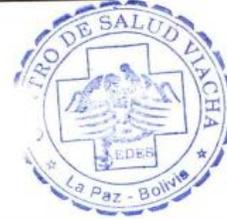


"Cualificando Profesionales"

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

La Paz, marzo 23 de 2021
U.P.G. CITE N°0263/2021

Señor
Dr. Willam Suares Ramirez
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD VIACHA
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa Maestría en Medicina Forense de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: "IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN CONSULTA EXTERNA – EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD VIACHA, PROVINCIA INGAVI, PRIMER TRIMESTRE DEL 2020".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Dra. Anyela Mayka Ruelas Viza

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despidió con las consideraciones que el caso amerita.


Dr. M.Sc. Iván W. Llanco-Laura
DIRECTOR
UNIDAD DE POSGRADO

C.E. Alcheli
Suena



ANEXO N°5.

TABULACION DE DATOS

codigo	sexo	edad	servicio	tipo de maltrato	M. accion	M. omision	tipo de lesion	ubicación de lesion	agresor	lugar de hecho
1	1	7	1	2		1	4	4		1
2	1	5	1	1	1		9	8	2	1
3	2	10	2	2		2				
4	2	12	2	1	1		1	8	5	1
5	2	13	1	2		4	3	4		4
6	1	9	1	1	1		9	8	1	1
7	2	8	2	2		4	4	9		1
8	1	6	2	2		1	4	4		1
9	2	4	1	2		1	4	6		1
10	2	3	1	2		1	4	8		1
11	2	15	1	2		3	6	8		3
12	2	15	1	1	1		2	1	5	1
13	2	12	1	1	1		1	2	5	1
14	2	14	2	1	1		9	6	5	1
15	2	6	2	1	1		4	7	5	1
16	1	7	2	2		4	7	4	4	1
17	1	5	2	2		4	3	4	3	1
18	2	4	2	2		2				1
19	2	3	1	2		1	4	5	5	1
20	1	2	1	2		1	6	2	5	1
21	1	2	1	2		1	1	6	5	1
22	2	3	1	1	1		9	8	4	3
23	1	4	2	2		3	6	8		1
24	1	7	1	2		2				1
25	2	9	2	2		4	3	5		4
26	1	12	1	2		2				1
27	1	13	2	2		2				1
28	1	15	1	1	2			9	6	2
29	2	15	2	1	2			9	5	1
30	2	2	1	1	1		1	5	5	1
31	2	3	1	2		1	4	5		1
32	1	4	1	2		1	2	1	5	1
33	2	5	2	2		2				1
34	1	6	2	2		1	6	8	5	1
35	2	7	2	2		3	4	8		3
36	1	8	1	1	1		1	8	5	1
37	2	9	2	1	1		1	5	6	2
38	1	10	1	2		4	3	5	4	1
39	2	11	2	2		3	5	4		3
40	1	12	1	2		2				1
41	2	13	2	2		2				1
42	1	13	1	2		4	3	4	3	3
43	2	8	2	2		3	5	8		3
44	1	8	1	2		4	2	5		2
45	2	7	2	2		4	1	2		2

46	1	7	1	2		4	6	7	4	1
47	2	8	2	2		3	5	4		2
48	2	8	1	1	1		1	8	5	1
49	2	9	2	1	1		1	5	6	2
50	1	9	2	2		3	5	4		1
51	1	10	2	1	1		1	2	5	1
52	1	10	2	2		2				
53	2	11	2	1	1		2	2	6	2
54	1	11	2	2		4	3	4		2
55	1	12	1	1	1		2	7		1
56	2	13	1	2		2				1
57	1	5	1	2		1	4	8		1
58	2	5	1	2		1	4	8	5	1
59	1	6	2	2		1	4	4	2	1
60	2	6	1	2		1	4	5	1	1
61	1	8	2	1	1		2	8	5	1
62	2	8	1	2		4	6	6		2
63	1	10	2	2		4	8	1		2
64	2	10	1	1	1		2	8	5	1
65	1	12	2	1	2			9	5	1
66	1	14	1	2		2				
67	1	15	2	1	1		2	2	5	1
68	2	2	1	1	1		1	5	5	1
69	2	3	2	2		1	4	9		1
70	2	3	1	1	1		6	4	3	1
71	1	4	1	2		1	4	2		1
72	2	8	1	1	1		9	8	5	1
73	1	7	1	2		4	3	5		2
74	2	9	1	1	1		1	2		2
75	2	4	2	2		1	6	6	5	1
76	2	3	2	1	1		1	2	5	1
77	2	2	2	2		1	4	9		1
78	2	2	1	1	1		1	2	2	1
79	2	4	1	1	1		6	5	4	1
80	1	4	2	1	1		2	2	1	1

ANEXO N°6.

CARTA DE SUFICIENCIA OTORGADA POR EL TUTOR



La Paz, 17 de mayo de 2021

Señor:
Dr. Iván W. Larico Laura
Director de la Unidad de Postgrado
Coordinador de la Maestría en Medicina Forense
Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica
Universidad Mayor de San Andrés

Presente. -

**Ref. Carta de suficiencia – Perfil de Tesis – Dra. ANYELA
MAYKA RUELAS VIZA**

Distinguido Doctor,

A través de la presente me es muy grato saludarlo y al mismo tiempo, remitir ante su Autoridad la presente nota de **"SUFICIENCIA** de Trabajo de Perfil de Tesis", mismo que ha sido ejecutado en forma responsable y eficiente por la **Dra. Anyela Mayka Ruelas Viza**, cuyo título es: **"PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD VIACHA, PROVINCIA INGAVI, LA PAZ, BOLIVIA, PRIMER TRIMESTRE, 2020"**, como requisito indispensable para optar al grado de *Magíster Scientiarum* en Medicina Forense, dentro del programa académico que Usted dirige.

Es cuanto tengo a bien certificar en mi calidad de **TUTOR** del mencionado trabajo de tesis a los fines consiguientes administrativos y académicos del interesado.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para hacer presente las seguridades de mi más alta consideración.

Atentamente,

Gral. M.Sc. Gary G. Omonte Vera
DOCENTE POSTGRADO