

Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura – Sede FCM



TESIS FINAL

*“EL QUEHACER DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA FRENTE AL MALTRATO
INFANTIL”.*

AUTORES:

Ana Yanina Salas

Ana Martínez

Daniel Almazán.

Mendoza, Febrero de 2014.

Esta Investigación es Propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumida sin el consentimiento escrito de la dirección de la escuela y/o Autores del trabajo.

Integrantes del Tribunal Examinador.

Presidente.....

Vocal.....

Vocal.....

Trabajo aprobado el:..../..../....

Agradecimientos:

En primer lugar queremos agradecer a Dios, a la dedicación y el esfuerzo brindado por la Lic. Rosa Reyes, profesora de la cátedra, sin los cuales este estudio no hubiese llegado a buen término.

En segundo lugar, la autora Yanina Salas agradece, a su familia y amigos que desde Chile continuamente le brindaron entusiasmo y apoyo incondicional durante el proceso para lograr finalizar la tesis.

En tercer lugar, el autor Daniel Almazan agradece a su familia y amigos por el apoyo incondicional para realizar y finalizar el cursado.

En cuarto lugar la autora Ana Martínez agradece a su familia incluida su hija y amigos que sirvieron de estímulo continuo para lograr la meta de terminar este trabajo.

Para finalizar queremos agradecer a todas aquellas personas y compañeros de trabajo que de una u otra forma colaboraron y participaron en la realización de esta investigación. A todos hacemos extensivo nuestro más sincero agradecimiento.

Prólogo:

Esta tesis propone determinar el criterio de actuación que tiene el personal de Enfermería, para reconocer situaciones de Maltrato Infantil en el servicio de guardia en el Hospital Humberto Notti. A lo largo de esta investigación lograremos identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los diferentes tipos de maltrato infantil en el Servicio de Emergencia, también veremos si el personal conoce los distintos factores de riesgos.

Esta investigación no propone hacer juicio de valor alguno, más bien tratara de ser una descripción de cómo se desenvuelve el servicio antes descrito con respecto al actuar de enfermería frente al maltrato infantil.

Índice General

Agradecimientos.....	Pág. IV
Prólogo.....	Pág. V
Índice General.....	Pág. VI
Índice de Tablas y Gráficos.....	Pág. VII
Capítulo I - Planteo de la Problemática -	Pág. 1
Introducción.....	Pág.2
Descripción del problema.....	Pág. 3-5
Justificación.....	Pág. 6
Formulación o planteamiento del problema.....	Pág. 7
Objetivos de investigación.....	Pág. 7
Marco Teórico.....	Pág. 8
• Definición de maltrato infantil y Tipos de maltrato.....	Pág. 8
• Según la OMSFactores de riesgo, Prevención.....	Pág. 15
• Incumbencias del enfermero.....	Pág. 20
Capítulo II - Diseño Metodológico -	Pág. 32
Diseño metodológico.....	Pág. 33-34
Definición de términos.....	Pág. 35
Operacionalización de Variables.....	Pág. 36-37
Hipótesis.....	Pág.38
Tablas y gráficos.....	Pág. 39
Capítulo III - Resultados, Discusión y Propuestas -	Pág. 71
Resultados.....	Pág. 72
Discusión.	Pág. 73
Propuestas.....	Pág. 74
Bibliografía.....	Pág. 75
Apéndice y Anexos	Pág. 76
Encuesta.....	Pág.77-81
Tabla Matriz.....	Pág. 82-84

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y Gráfico 1.....	Pág. 40
Tabla y Gráfico 2.....	Pág. 41
Tabla y Gráfico 3.....	Pág. 42
Tabla y Gráfico 4.....	Pág. 43
Tabla y Gráfico 5.....	Pág. 44
Tabla y Gráfico 6.....	Pág. 45
Tabla y Gráfico 7.....	Pág. 46
Tabla y Gráfico 8.....	Pág. 47
Tabla y Gráfico 9.....	Pág. 48
Tabla y Gráfico 10.....	Pág. 49
Tabla y Gráfico 11.....	Pág. 50
Tabla y Gráfico 12.....	Pág. 51
Tabla y Gráfico 13.....	Pág. 52
Tabla y Gráfico 14.....	Pág. 53
Tabla y Gráfico 15.....	Pág. 54
Tabla y Gráfico 16.....	Pág. 55
Tabla y Gráfico 17.....	Pág. 56
Tabla y Gráfico 18.....	Pág. 57
Tabla y Gráfico 19.....	Pág. 58
Tabla y Gráfico 20.....	Pág. 59
Tabla y Gráfico 21.....	Pág. 60
Tabla y Gráfico 22.....	Pág. 61
Tabla y Gráfico 23.....	Pág. 62
TablasBivariabes	
Tabla y Gráfico 24.....	Pág. 63-64
Tabla y Gráfico 24.....	Pág. 65-66
Tabla y Gráfico 26.....	Pág. 67-68
Tabla y Gráfico 27.....	Pág. 69-70

CAPÍTULO I:
Planteo del Problema

Introducción

Esta investigación fue realizada para conocer los criterios de actuación que tiene el personal de enfermería en situaciones de maltrato infantil en el servicio de emergencia del Hospital Dr.Humberto Notti.

Este trabajo describe los distintos tipos de maltrato infantil existente; el maltrato físico, emocional, sexual, abandono y negligencia.

En el servicio de guardia, hay una gran demanda de niños que ingresan por maltrato de diferente origen, ya que este es un hospital cabecera de la zona de cuyo, al cual se derivan todos estos tipos de casos.

El personal de enfermería, enfrenta este tipo de situaciones todo el tiempo, no valorando holísticamente al niño en algunos casos. Esto se debe muchas veces a la falta de tiempo y a la demanda de trabajo.

A lo largo del desarrollo de esta investigación detallaremos conceptos sobre los tipos de maltratos y las incumbencias de enfermería.

Dicho todo esto, el fin de este proyecto es demostrar los conocimientos básicos que debe tener el enfermero al momento de actuar con el niño en una situación de maltrato.

El quehacer del personal de enfermería frente al maltrato infantil

1. Descripción del problema

El tema que vamos a investigar lo consideramos importante, porque creemos que es fundamental valorar el actuar de enfermería frente al maltrato infantil, el cual es uno de los problemas más graves que afecta a niños, tan antiguo como la humanidad y aumentando a nivel mundial. Es considerado como toda agresión producida a los menores por sus padres, familiares u otras personas para castigarles o hacerles daño, incluida también la desatención de sus necesidades básicas de alimentación, hogar, vestido, salud, protección y cariño. La violencia contra los niños se da en todos los países del mundo, en distintas formas e intensidad a menudo están arraigadas en prácticas culturales, económicas y sociales.

Teniendo en cuenta el contexto en que se encuentran inmersas las familias de la comunidad nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los indicadores que se pueden dar en los niños maltratados?

¿Cuáles son los indicadores más habituales en los padres y/o cuidadores de los niños?

¿Cuáles son los factores de riesgo que facilitan su aparición?

¿Cuáles podrán ser algunas medidas de prevención primaria?

¿Los enfermeros realizan acciones para el cuidado de la salud de los pacientes en riesgo?

Los niños sufren violencia en su casa, en la escuela, en las instituciones y en la comunidad. Viven violencia en aquellos espacios y lugares que debieran ser de protección, de estímulo a su desarrollo integral, de resguardo y promoción de sus derechos. Los niveles de dependencia del niño hacia el adulto o las instituciones que los están agrediendo, lo dejan en una situación de gran inseguridad, siendo la violencia en la familia una de las formas de maltrato más habituales que viven los niños, que frecuentemente está relacionada con violencias que se ejerce en otros niveles o instituciones.

Según lo expuesto, Enfermería cumple un rol significativo en el servicio de guardia ya que es el primer contacto que tiene el niño con el personal de salud cuando ingresa al servicio. En la asistencia del niño a veces debido a la falta de tiempo en la atención y personal escaso no se logra un adecuado cuidado, pasando desapercibidos signos y síntomas que indiquen que el niño sufre maltrato. Lo que prima en la atención del servicio de emergencia en la actualidad, es cubrir las necesidades funcionales que estén alteradas en el organismo del niño, no se puede valorar de una forma holística. En la guardia no existe un protocolo establecido para actuar en una situación de maltrato infantil. El enfermero se remite a lesiones físicas aparentes. Según las estadísticas en el primer semestre del año 2012 en el hospital se han atendido 636 pacientes, los cuales fueron derivados al equipo del Grupo de Alto Riesgo (GAR) que funciona en el hospital Humberto Notti, se constata estadísticamente que el 14,62% fue por negligencia, 14,47% por maltrato físico y detrás de éstos quedaron el abuso sexual y psicológico¹.

El GAR recibe los episodios más complejos, derivados cuando la denuncia llega a la línea telefónica de denuncia 102, y también detecta casos de chicos que padecen violencia a través de interconsultas y de la atención en la guardia.

Desde el Programa Provincial de Prevención y Atención, que depende del Ministerio de Salud y aglutina esa información, advirtieron de que aún no cerraban la estadística anual, pero que la tendencia se mantendría en esos parámetros.

¹Diario uno artículo "Maltrato a niños: agresión física y negligencia, al tope de las denuncias" sábado, 05 de enero del 2013.

Sobre los criterios de atención de enfermería de los niños maltratados (dentro de su núcleo familiar o fuera del mismo) que ingresan al Hospital Dr. Humberto Notti el cual se encuentra ubicado en Av. Banderas de los Andes 2603, Guaymallén, Mendoza Argentina, siendo el principal Hospital pediátrico de alta complejidad de la provincia de Mendoza, este cuenta con los servicios de guardia, cirugía cardiovascular, internación conjunta, neonatología, terapia intensiva, recuperación cardiopulmonar, servicio de internación, servicio de oncología, consultorios externos y entre otros.

Lo primero que se pretende es averiguar que le sucedió al niño preguntando a los padres o familiar que lo acompañan al servicio.

Justificación

Los profesionales de enfermería están en una posición privilegiada para la prevención, detección y atención de situaciones de riesgo y maltrato infantil, pues son, normalmente los profesionales de salud que están más cerca del niño y de los padres.

Es extraño que un niño sea atendido por maltrato infantil como motivo de consulta, por ello, el equipo de salud, especialmente enfermería debe estar en condiciones de indagar los casos de maltrato y conocer las vías para proteger al niño en riesgo. Detectar o reconocer el maltrato infantil depende de los conocimientos y habilidades de una gran variedad de profesionales de la salud y su diagnóstico requiere de un acto médico de sospecha, el problema es que en pocas ocasiones las lesiones por maltrato son evidentes por lo tanto debe tenerse en cuenta los antecedentes personales y los signos clínicos que con mayor frecuencia hacen sospechar un caso de maltrato infantil.

La comprensión del fenómeno implica la naturaleza, los actores involucrados y los escenarios donde se manifiesta; por tanto, se reconocen diferentes tipos de violencia que se nombraran más adelante.

Para que cualquier intervención sea eficaz, es necesario mirar el contexto en el que el niño está inserto, las características y las individualidades de cada grupo familiar. Así, la comprensión del proceso salud-enfermedad será más clara y amplia. Por eso no debemos olvidar de recoger todas nuestras observaciones en los registros de enfermería evitando juzgar, pues es muy importante que transmitamos nuestras dudas al resto del equipo para que den especial atención a determinados aspectos que pueden confirmar o no nuestras sospechas.

La intervención en casos de maltrato infantil requiere actuación multidisciplinaria e interdisciplinaria, agregando otras áreas de la salud; social, jurídica, psicológica, antropológica, religiosa, entre otras.

Formulación o planteamiento del problema

¿Cuáles son los criterios de actuación del personal de enfermería en situaciones de maltrato infantil del servicio de guardia del Hospital Humberto Notti en el primer semestre del año 2013 en Mendoza?

Objetivos de investigación

Objetivo general:

- Determinar el criterio que tiene el personal de enfermería para actuar frente a una situación de maltrato infantil en el servicio de guardia.

Objetivos específicos:

- Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los tipos de maltrato infantil.
- Establecer si el personal de enfermería conoce los factores de riesgo psíquicos, socioeconómicos y socioculturales en que se origina el maltrato.
- Conocer los criterios de actuación de los enfermeros en la actualidad.

Marco Teórico

Maltrato infantil

Según la OMS el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil². Así también UNICEF define como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que “sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales”.

Se distinguen los siguientes tipos de maltrato:

Físico: Abuso físico, Abandono físico

Emocional: Maltrato emocional, Abandono emocional

Sexual: Abuso sexual

Fuera de la familia pueden darse otros tipos de maltratos, como los niños que sufren en conflictos armados, o que viven en la calle. Otras formas de violencia extra familiar hacia los niños son el uso habitual de disciplinas violentas o humillantes en instituciones, la explotación sexual y la pornografía infantil.²

²La OMS (Organización Mundial de la Salud)

Tipos de Maltrato infantil

Abandono o negligencia física/cognitiva Se define como aquella situación donde las necesidades físicas (Alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

La definición se centra de manera muy evidente en las necesidades del niño que no son cubiertas y no tanto en los posibles comportamientos de los padres. Los indicadores que pueden aparecer en el niño serían los siguientes:

1. **Alimentación:** no se le proporciona la alimentación adecuada. Está hambriento.
2. **Vestido:** vestuario inadecuado al tiempo atmosférico. El niño no va bien protegido del frío.
3. **Higiene:** constantemente sucio, escasa higiene corporal.
4. **Cuidados médicos:** problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios.
5. **Supervisión:** un niño que pasa largos períodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a negligencia por parte de los padres o cuidadores del niño.
6. **Condiciones higiénicas** y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del menor.
7. **Área educativa:** inasistencia injustificada y repetida a la escuela.
8. **Estimulación cognitiva:** ausencia de estimulación suficiente para la edad, demandas y necesidades del niño/a. El criterio para señalar la existencia de negligencia viene determinado en gran medida por su cronicidad.

Para poder catalogar un caso de abandono físico debe presentarse alguno de los indicadores de manera reiterada y continua. Pero el problema esencial de la conceptualización de la negligencia no se encuentra precisamente en

el tipo de necesidades no satisfechas. Lo que provoca la no satisfacción de tales necesidades es siempre una omisión de ciertos comportamientos por parte de los responsables de su bienestar. La duda en la conceptualización de este tipo de maltrato surge cuando se quiere precisar dicha responsabilidad.

Muchos casos de niños cuyas necesidades básicas no son satisfechas pasarían a ser considerados como casos de negligencia en función de la precisión con la que se establezca la responsabilidad de cuidado de los niños. Si se supone que la negligencia infantil se produce únicamente cuando los padres no satisfacen las necesidades básicas, la mayoría de los niños que viven en ambientes sociales empobrecidos, marginales, etc., y cuyos padres no tienen posibilidad de satisfacer sus propias necesidades ni las de sus hijos, no serían considerados como niños maltratados. Las definiciones más concretas y que suelen ser las utilizadas en los sistemas de protección infantil se focalizan en la omisión y negligencia realizada por los padres o tutores directos que conviven con los niños en el hogar. En todas estas definiciones se encuentra implícita una asignación de responsabilidad y, por tanto, de culpabilización de los padres (y más concretamente de la madre). Son más fáciles de operacionalizar y poner en práctica, pero restringen el concepto de negligencia y las posibilidades de comprender el fenómeno. Las definiciones de tipo más amplio serían las que incluyen todo el conjunto de entidades, instituciones, etc. que serían responsables de la satisfacción de las necesidades básicas de los niños. Estas definiciones tienen el peligro de absolver a los padres de la responsabilidad individual de cuidado de sus hijos, derivándola en la sociedad en su conjunto, y son bastante más problemáticas para ser operacionalizadas y puestas en práctica.

Pero, desde un punto de vista amplio y ecosistémico, recogen todas aquellas situaciones en las que determinados individuos de cada grupo social no tienen posibilidades reales de satisfacer sus propias necesidades mínimas y que, por tanto, serán incapaces de satisfacer las necesidades básicas de sus hijos. Desde este punto de vista, la negligencia «ocurre cuando las necesidades básicas de los niños no son satisfechas, independientemente de la causa»³ Se evita basar la definición en quién o quiénes son responsables

del niño y sus necesidades, ya que se supone que el efecto en el niño es el mismo y no hace falta tener en cuenta la causa.

Maltrato y abandono emocional

El maltrato emocional se define como la «hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar». El abandono emocional se define como la «falta "persistente" de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable».

El maltrato y el abandono de tipo emocional son las formas de maltrato infantil que presentan mayores dificultades para la delimitación de los comportamientos concretos que los componen de los daños en el niño que se consideran indicadores de sus potenciales consecuencias.

Siguiendo la propuesta de Garbarino (1996) y De Paúl y Arruabarrena (1995), el maltrato emocional comprendería las siguientes conductas:

1. Rechazo. Implica actos verbales o no verbales de los padres que rechazan y degradan al niño. Incluye:

Despreciar, degradar y otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante.

³ Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento, Ma. Ignacia ARRUABARRENA; Joaquín DE PAÚL, Madrid: Ediciones Pirámide, 1999

Avergonzar y/o ridiculizar al niño por mostrar emociones normales, tales como afecto, dolor o tristeza.

Escoger siempre a un niño para criticarle y castigarle, para hacer la mayoría de las tareas domésticas o para recibir menos premios.

2. Aterrorizar

Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño, con un castigo extremo o uno vago pero siniestro, con abandonarle o matarle, con el propósito de crear en él un miedo intenso. O colocar al niño o a personas/ objetos a los que el niño quiere, en situaciones evidentemente peligrosas. Incluye:

- Colocar al niño en circunstancias impredecibles o caóticas.
- Colocar al niño en situaciones claramente peligrosas. Establecer hacia él unas expectativas rígidas o no realistas, con la amenaza de pérdida, daño o peligro si esas expectativas no se alcanzan.
- Amenazar o cometer violencia contra el niño.
- Amenazar o cometer violencia contra personas u objetos queridos por el niño.

3. Aislamiento. Se refiere a negar permanentemente al niño las oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar y comunicarse con otros niños o adultos, dentro o fuera del hogar.

Incluye:

Confinar al niño o poner limitaciones no razonables sobre su libertad de movimiento en su entorno.

Poner limitaciones o restricciones no razonables al niño respecto a las interacciones sociales con otros niños o con adultos en la comunidad.

Violencia doméstica extrema y/o crónica

Se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño. Por su parte el abandono emocional comprendería las siguientes conductas:

Ignorar: Se refiere a los actos de los padres que ignoran los intentos y necesidades del niño de interactuar (ausencia de expresión de afecto, cuidado y amor hacia el niño) y no reflejan ninguna emoción en las interacciones con él. Incluye:

- Tener desapego y falta total de implicación respecto al niño, bien por incapacidad o por falta de motivación. Interactuar sólo cuando es absolutamente necesario.
- Ausencia total de expresiones de afecto, cuidado y amor hacia el niño.

Rechazo de atención psicológica: Rechazo de los padres a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual severo del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido señalado como necesario por profesionales competentes.

Retraso en la atención psicológica: Los padres no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (p. ej., depresión severa, intento de suicidio). En cualquiera de los tipos de conducta expuestos, la presencia de maltrato o abandono emocional sólo se señalará si se dan los siguientes dos requisitos de manera simultánea:

Su presencia es claramente perceptible. Las conductas de daño emocional se sitúan en el extremo de mayor gravedad, es decir, las conductas son constantes y su intensidad elevada, han provocado o pueden provocar un daño severo en la situación emocional del niño, su desarrollo se encuentra seriamente comprometido, y el niño requiere tratamiento especializado inmediato.

Abuso sexual

Se define como "cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre

el niño.” El niño puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se pueden expresar en cuatro categorías:

1. Incesto. Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el papel de los padres.

2. Violación. Cuando la persona adulta es otra cualquiera no señalada en el apartado anterior.

3. Vejación sexual. Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las mismas zonas del adulto.

4. Abuso sexual sin contacto físico. Se incluirían los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener gratificación o excitación sexual con ello, y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual.

Además de la existencia de contactos de carácter sexual, el abuso sexual se define en función de otros criterios, como son:

a) La asimetría de edad entre el abusador y la víctima, requiriéndose que el adulto abusador tenga unos determinados años más que el menor (entre cinco y diez años más).

b) La coerción, es decir, la utilización de la fuerza física, la presión o el engaño por parte del adulto para conseguir abusar de la víctima.

c) La asimetría de poder entre el abusador y la víctima. Esta asimetría puede derivar de la asimetría de roles, la diferencia de edad, de fuerza física, de capacidad psicológica, etc.

Una vez que se establecen las diferentes tipologías de maltrato infantil se debe tener en cuenta que en un importante porcentaje de casos se produce un cierto solapamiento entre ellas. Es frecuente que se den casos en los que aparezcan

simultáneamente el maltrato y el abandono físico, o el maltrato físico y el abuso sexual.

Pero quizá el solapamiento más frecuente sea el que se da entre el maltrato físico y el maltrato emocional. Es muy difícil establecer si en un caso de maltrato físico se está dando o no también maltrato emocional.

Existe un alto nivel de comorbilidad de los diferentes tipos de maltrato, que hace que sean menos frecuentes los casos puros (Belsky, 1993). Quizá sea dudoso el beneficio del esfuerzo por hacer tipologías «puras» y se deba pensar en construir taxonomías de situaciones de maltrato en las que aparezcan diferentes combinaciones de tipologías clásicas.

No obstante, es preciso hacer dos puntualizaciones:

- Cuando se dan casos de maltrato físico y maltrato psicológico de manera conjunta no hay una necesaria correlación entre la gravedad de ambos.

Según la OMS

Factores de riesgo

Se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil. Aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas del maltrato infantil.

Factores de riesgo del niño

No hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado:

- la edad inferior a 4 años y la adolescencia;

- el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres;
- el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales.

Factores de los padres o cuidadores

Hay varias características de los padres o cuidadores que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido;
- el hecho de no cuidar al niño;
- los antecedentes personales de maltrato infantil;
- la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil;
- el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación;
- la participación en actividades delictivas;
- las dificultades económicas.

Factores relacionales

Hay diversas características de las relaciones familiares o de las relaciones con la pareja, los amigos y los colegas que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia;
- la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia;
- el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos;
- la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.

Factores sociales y comunitarios

Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:

- las desigualdades sociales y de género;
- la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones;
- los niveles elevados de desempleo o pobreza;
- la disponibilidad fácil del alcohol y las drogas;
- las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles;
- las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo;
- las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Prevención.⁴

La prevención del maltrato infantil requiere un enfoque multisectorial. Los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos. Entre ellos se encuentran:

- Las visitas domiciliarias de enfermeras para ofrecer apoyo, formación e información;

⁴Harriet MacMillan, MD, McMaster University, Canadá

- La formación de los padres, generalmente en grupos, para mejorar sus aptitudes para criar a los hijos, mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo infantil y alentarlos a adoptar estrategias positivas en sus relaciones con los hijos, y
- Las intervenciones con múltiples componentes, que generalmente incluyen el apoyo a los padres y su formación, la educación preescolar y la atención al niño.

Otros programas preventivos prometedores son:

- Los destinados a prevenir los traumatismos craneoencefálicos por maltrato. Generalmente se trata de programas hospitalarios mediante los cuales se informa a los nuevos padres de los peligros de zarandear a los niños pequeños y de cómo afrontar el problema de los niños con llanto inconsolable.
- Los destinados a prevenir los abusos sexuales en la infancia. Generalmente se realizan en las escuelas y les enseñan a los niños:
 - La propiedad de su cuerpo; Las diferencias entre los contactos normales y los tocamientos impúdicos; Cómo reconocer las situaciones de abuso; Cómo decir "no"; Cómo revelar los abusos a un adulto en el que confíen.

Cuanto antes se producen estas intervenciones en la vida del niño mayores son los beneficios que le pueden aportar a él (por ejemplo, desarrollo cognitivo, competencias conductuales y sociales, logros educacionales) y a la sociedad (por ejemplo, reducción de la delincuencia).

Además, el reconocimiento precoz de los casos y la asistencia continua a las víctimas y sus familias pueden ayudar a reducir la recurrencia del maltrato y a paliar sus consecuencias.

Para maximizar los efectos de la prevención y la atención, la OMS recomienda que las intervenciones se realicen en un marco de salud pública y en cuatro fases:

- definición del problemas;
- identificación de las causas y los factores de riesgo;
- creación y puesta a prueba de intervenciones destinadas a minimizar los factores de riesgo, y
- difusión de información sobre la eficacia de las intervenciones y expansión de la aplicación de las intervenciones de eficacia demostrada.

La respuesta de la OMS

En colaboración con distintos asociados, la OMS:

- Ofrece orientación técnica y normativa basada en datos científicos para prevenir el maltrato infantil;
- Promueve el aumento del apoyo a la prevención del maltrato infantil basada en datos científicos y las inversiones internacionales en esta esfera;
- Presta apoyo técnico a los programas de prevención del maltrato infantil basados en datos científicos de varios países de bajos y medianos ingresos.

Los autores concordamos con la UNICEF y la OMS que para proteger a los niños, niñas y adolescentes el Estado debería adoptar programas sociales que incluyan acciones de prevención, identificación de las agresiones, rehabilitación de las víctimas, investigación de los hechos, y la intervención judicial en caso que corresponda.

Enfermería según la CIE: abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.⁵

El enfermero es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal; adecuados conocimientos en las áreas profesionales, biológica, psicosocial y humanística y entrenado en las técnicas específicas en el curso del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias del país. Aplica cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención en individuos sanos y enfermos de complejidad intermedia, promoviendo el autocuidado e independencia precoz a través de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, y mediante el análisis de las situaciones y aplicación del juicio crítico, en una relación interpersonal de participación mutua, que asegure el respeto por la individualidad y dignidad personal, de aquellos bajo su cuidado. Imparte enseñanza de salud de manera formal y/o incidental, administra servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios de menor complejidad y colabora en investigaciones en enfermería y otras relacionadas con el área salud. Reconoce oportunamente sus limitaciones, preocupándose por su continuo crecimiento y desarrollo personal y profesional, adhiere a sus deberes y derechos participando activamente en acciones profesionales.

Incumbencias de enfermero.⁶

- Diagnostica las necesidades de ayuda y de cuidados de enfermería que tiene el individuo, familia y comunidad en situación de salud y enfermedad.
- Planifica, ejecuta y evalúa cuidados de enfermería tendientes a la satisfacción de las necesidades del individuo sano y enfermo en situaciones de autocuidado y de complejidad intermedia en los distintos niveles de prevención.

⁵ La definición de Enfermería del CIE. ⁶ Asociación de Escuelas universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA).

- Cuida la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias.

- Integra el equipo interdisciplinario e intersectorial participando en la tomade decisiones relacionadas con el cuidado integral de las personas ycomunidad.
- Educa a las personas y/o grupos en relación al cuidado de la salud.
- Orienta a personas y grupos sobre recursos sanitarios y facilidadesdisponibles para el cuidado de la salud.
- Promueve la participación de la comunidad en la búsqueda delmejoramiento de la calidad de vida.
- Detecta grupos vulnerables y factores de riesgo, establece prioridades eimplementa acciones tendientes a su disminución y/o eliminación.
- Coordina el equipo de enfermería en unidades de atención hospitalaria y/ocomunitaria.
- Toma decisiones sobre la atención de enfermería, delega y controla lasactividades del auxiliar de enfermería Participa en programas de educación continua para el personal deenfermería de servicio hospitalario y comunitario.
- Participa en acciones de investigación en enfermería y otras áreas dela población.

Calidad en el cuidado de enfermería.

EL cuidado de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte,incluyendo los periodos de la enfermedad y la salud, esta actividad se basa en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado para ello la enfermera debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida. La función de enfermería es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente, así como apoyarlos a integrarse a una vida útil este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadios de dependencia y que finaliza cuando el usuario goza de total independencia. La enfermera participa en el cuidado de las necesidades, como definía F. Nightingale en el siglo XIX “Esta ayuda incluye el

cuidado del entorno creando las condiciones para que el organismo reaccione positivamente ante el daño". Estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y lo cultural, donde cada necesidad insatisfecha afectará al ser humano como un todo, así por ejemplo la falta de conocimiento, ignorancia sobre acontecimientos de su estado de salud, crea una incertidumbre, inseguridad y ansiedad; por lo tanto la enfermera debe poseer habilidades y destrezas que permiten al adulto mayor verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad, a través de una relación humana que genere confianza y empatía permitiendo a la enfermera a conocer al paciente adulto mayor a quien brindará su cuidado y esta persona acepta, participar del cuidado que recibe y se apodera del saber de cuidarse así mismo, siendo el cuidado de enfermería un proceso mental que se expresa a través de sus acciones, palabras, actitudes y aplicación de técnicas propias. Podemos concluir entonces que los cuidados de enfermería basados en la calidad y calidez es la herramienta vital que nos permitirá el desarrollo profesional en la sociedad.

Promoción de la salud

Es el proceso de capacitar a la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore. Así la definió el grupo de trabajo sobre conceptos y principios de promoción de la salud creado por la oficina Europea de Educación para la salud de la OMS y así se recoge en el documento para discusión que este grupo publicó en 1984 y difundió principalmente entre los países de Europa.

Protocolo de cuidados de enfermería para el maltrato infantil

Para afrontar de manera adecuada el problema de los malos tratos infantiles desde enfermería, es necesaria la sistematización

científica de nuestro trabajo, en el que la prevención tiene un papel fundamental y la detección y atención debe comenzar desde el momento en que observamos el problema, desde el ámbito donde estemos desarrollando nuestra labor: hospitalario, comunitario, docente o investigador. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Como método para administrar la atención de enfermería al maltrato infantil no difiere en lo referente a la atención a las lesiones, problemas clínicos y necesidades del niño, pero requiere una actuación específica referente a la problemática relacionada con el maltrato infantil. Como sabemos "el proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Y aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen". En el caso del maltrato infantil, es muy importante que lo tengamos en cuenta, pues en muchas ocasiones no es este el motivo de consulta o de hospitalización y es mediante la observación, no solo de aspectos físicos, sino también de los aspectos de interrelación del niño-familia-entorno cuando descubrimos o sospechamos que existe algún tipo de maltrato.

Valoración. Es la primera fase del proceso de enfermería y consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen al niño, la familia y el entorno social, es la base para las actuaciones y decisiones posteriores. Debemos obtener y registrar los datos propios de maltrato infantil, mediante la exploración, observación y la entrevista, prestando especial atención en el maltrato físico.

Incompatibilidad entre la historia y las lesiones. Lo que nos cuentan no coincide con lo que estamos viendo, pues es frecuente que quien

acompaña al niño nos quiera ocultar el origen de las lesiones (se ha caído, lo ha mordido otro niño) por ello es importante que conozcamos que las lesiones físicas provocadas tienen características específicas de localización, forma y color, que las diferencia de las producidas de manera fortuita.

Retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria. Nos debe alertar que el retraso en acudir al centro sanitario sea significativo, así como la actitud a la defensiva del acompañante.

Lesiones en distintas fases evolutivas. Sobre todo si se localizan en zonas tradicionales de castigo, pues nos indicaría que la agresión no ha sido un hecho puntual, sino que se viene repitiendo.

Atención en distintos centros sanitarios. En muchas ocasiones el agresor acude a los distintos centros sanitarios con la intención de que no se le identifique.

En situaciones de negligencia y/o abandono:

- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas

En el maltrato emocional a la relación con el acompañante y con el personal sanitario: disminución de la capacidad de atención, inmadurez socio-emocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales.

Y en el abuso sexual infantil, además de a los indicadores físicos fundamentalmente a indicadores comportamentales, con especial atención a los cambios de conducta. No debemos olvidarnos de

recoger todas nuestras observaciones, evitando los juicios de valor, en los registros de enfermería, pues es muy importante que transmitamos nuestras sospechas al resto del equipo para que presten especial atención a determinados aspectos que puedan confirmar o no nuestras sospechas.

CENTRO MÉDICO AMBULATORIO

Se encuentra en Guaymallén, frente al hospital Humberto Notti consta de diversos servicios:

- Salud mental
- Genética
- Seguimiento neonatal
- Diabetes
- Desórdenes alimentarios
- Endocrinología y adolescencia

SITUACIÓN y LEGISLACIÓN EN MENDOZA - G.A.R“Grupo de Alto Riesgo Hospital Humberto Notti”

Por un programa de trabajo que surge en 1993, en el Hospital H. Notti se procuró identificar a aquellos pacientes que presentaban signos evidentes de riesgo y reingreso hospitalario. La necesidad de revertir esta situación y las alarmantes cifras halladas, llevó a un grupo interdisciplinario compuesto por médicos, psicólogos y asistentes sociales a conformar un programa de atención integral y seguimiento que se denominó G.A.R. La cual se creó en 1998.

En el centro de atención se realiza la asistencia de padres y pacientes con riesgo de maltrato infantil, este tipo de situaciones llegan del Hospital Notti o de otras instituciones con derivaciones de un profesional o denuncias realizadas por otras personas. Se tratan generalmente 4 ítems importantes que son: maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia o abandono y abuso sexual.

Hoy el mencionado programa cuenta con el soporte legal adecuado, a través de la Ley Provincial N° 6551 sancionada el 10 de diciembre de 1997 y contempla al "Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia". Y la ley nacional 26061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Se basan en estas leyes.

Ley 6551

*"Prevención y atención al maltrato del niño y el adolescente"*⁷

Se crea en ámbito del Ministerio de Desarrollo Social y Salud. La atención de la población se desarrollara en los servicios de los centros asistenciales de salud del sector estatal desde un abordaje interdisciplinario e interinstitucional en el marco de la Ley 6354

Se entiende por MALTRATO a la niñez y adolescencia todo acto intencional realizado en contra de un menor y que ponga en riesgo su integridad física y emocional. (Maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia y abandono)

Los objetivos del Programa son:

- a) Receptar denuncias
- b) Efectuar la detención, atención, tratamiento y rehabilitación del niño y adolescente y su familia
- c) Propender la reinserción sana y productiva de la víctima en la familia
- d) Realizar seguimiento y control de los casos
- e) Trabajar en coordinación con otras organizaciones de competencia
- f) Elaborar un registro provincial de datos
- g) Centralizar información para elaboración de programas específicos
- h) Capacitar profesionales y personal del área salud, trabajadores sociales, psicólogos y otras disciplinas afines
- i) Aunar esfuerzos para la educación de grupos de alto riesgo social
- j) Articular con otros programas existentes en el Ministerio de Desarrollo Social

⁷Creación del Programa de prevención y atención integral del maltrato a la niñez y adolescencia de la legislación de la provincia de Mendoza

Los informes de los profesionales de cada centro asistencial y sus unidades especializadas serán considerados a los efectos de la resolución judicial de cada caso. Tendrán prioridad los casos de mayor vulnerabilidad.

Ley 26.061

DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES⁸

Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño.

La omisión en la observancia de los deberes que por la presente corresponden a los órganos gubernamentales del Estado habilita a todo ciudadano a interponer las acciones administrativas y judiciales a fin de restaurar el ejercicio y goce de tales derechos, a través de medidas expeditas y eficaces.

Centros que integran la red:

- Tercer nivel: Hospital Humberto Notti.
- Segundo Nivel: Hospitales de Lavalle, Maipú, San Martín, Rivadavia, San Rafael, Gral. Alvear, Malargüe y Tunuyán.
- Primer nivel: Centros de Salud.

⁸ El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley

La personalidad del individuo queda determinada por si ésta sufre algún tipo de maltrato durante su infancia. Por ello, la primera etapa de sociabilización que el niño vive en el núcleo familiar es muy importante para su futura relación con la sociedad. Más específicamente, es lo que determinará la manera en la que se relacionará con esta. Es también esta etapa muy importante debido a la formación de su personalidad.

Es por esto que si el niño sufre de maltrato en esta primera etapa de su vida, le quedarán secuelas irreversibles que se manifestarán de diferentes maneras en su vida de adulto. El maltrato, además, viola derechos fundamentales de los niños, y por lo tanto, debe ser detenido, y cuanto antes mejor. En base a esto, sería interesante que se aplicaran medidas de prevención de esta problemática; tales como:

Control Formal:

- Fomentar programas de apoyo y mejorar los servicios comunitarios (guarderías, programas recreativos, atención en los períodos de crisis) para aliviar las situaciones de estrés familiar.
- Aumentar las campañas de concientización de esta problemática, señalando la gravedad de los posibles trastornos que el niño puede sufrir.
- Someter a los integrantes de la familia a psicoterapia individual y grupal.
- Prevenir el embarazo no deseado, especialmente en las adolescentes, mediante la educación sexual obligatoria en centros escolares y asistenciales.
- Brindare un tratamiento psicológico de carácter obligatorio al agresor, de manera que se trabaje en la prevención de un nuevo maltrato y en la reintegración y adaptación nuevamente a la sociedad.

Control Informal:

- Realizar tareas de sensibilidad, capacitación y talleres reflexivos en las escuelas con los alumnos y sus padres.
- Desarrollar tareas de difusión y sensibilidad entre los niños, las familias y la comunidad acerca de los Derechos del Niño.
- Estimular la confianza y la autoestima de los niños.

Los niños maltratados del hoy, son los que se convertirán en los adultos problemáticos del mañana. Son quienes estarán a cargo de la sociedad, quienes llevarán adelante grupos y comunidades. Por esto deben fomentarse campañas a favor de las denuncias del maltrato infantil, creando los ámbitos adecuados y desarrollando los foros de discusión necesarios. Así como también los adultos deben asumir sus responsabilidades maduramente y con compromiso para evitar que los niños se conviertan en agresores.

Derechos del niño⁹

A partir de la promulgación de la Convención de 1989 se ha ido adecuando la legislación interna a los principios contemplados en la Declaración. Aunque la legislación y el sistema jurídico de cada país suele ser diferente, casi la totalidad de los países han ido consagrando medidas especiales para su protección, a nivel legislativo e incluso derechos constitucionales. Entre los Derechos del niño destacan los siguientes:

- A la vida.
- A la salud.
- A la libertad de expresión y a compartir sus puntos de vista con otros.
- A un nombre y una nacionalidad.
- A una familia.

⁹El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley

- A la protección durante los conflictos armados.
- A la libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- A la protección contra el descuido o trato negligente.
- A la protección contra el trabajo infantil y contra la explotación económica en general.
- A la educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales.
- A la protección contra toda clase de explotación y/o abuso sexual.

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño metodológico

- **Tipo de estudio:** es de tipo cuantitativo/descriptivo ya que sus variables son medibles y se pretende describir el fenómeno a estudiar.
- **Nivel o tipo de investigación**
- **De acuerdo a su finalidad o propósito:** aplicada
- **Alcance:** transversal porque lo mediremos en un lapso de tiempo, el primer semestre del año 2013.
- **Amplitud:** Microsociológica, porque el estudio esta reducido a un grupo pequeño.
- **Profundidad:** descriptiva porque se estudiara el comportamiento del fenómeno.
- **Fuentes:** primarias porque la recolección de datos es de forma directa, ya que utilizaremos entrevistas personales.
- **Lugar donde se desarrolla:** de campo al ser observado directamente en su ambiente natural de trabajo.
- **Naturaleza:** empírica porque es lo que se obtendrá mediante la observación donde se basara sobre hechos sin manipularse.
- **Método de investigación**
- **Proceso formal:** Deductivo, porque se parte de una premisa general para concluir sobre nuestro estudio en particular.
- **Grado de abstracción:** Aplicada, porque está encaminada a la solución de problemas prácticos.
- **Naturaleza de los datos:** Cuantitativo, se caracteriza por la aplicación de la estadística en el análisis de los datos.
- **Población y muestra:** Está constituida por 27 enfermeros profesionales y licenciados que trabajan en guardia del hospital Humberto Notti en el primer semestre del año 2013. Se trabajara con el total de la población.
- **Unidad de análisis:** cada uno de los enfermeros del servicio de guardia del Hospital Notti.

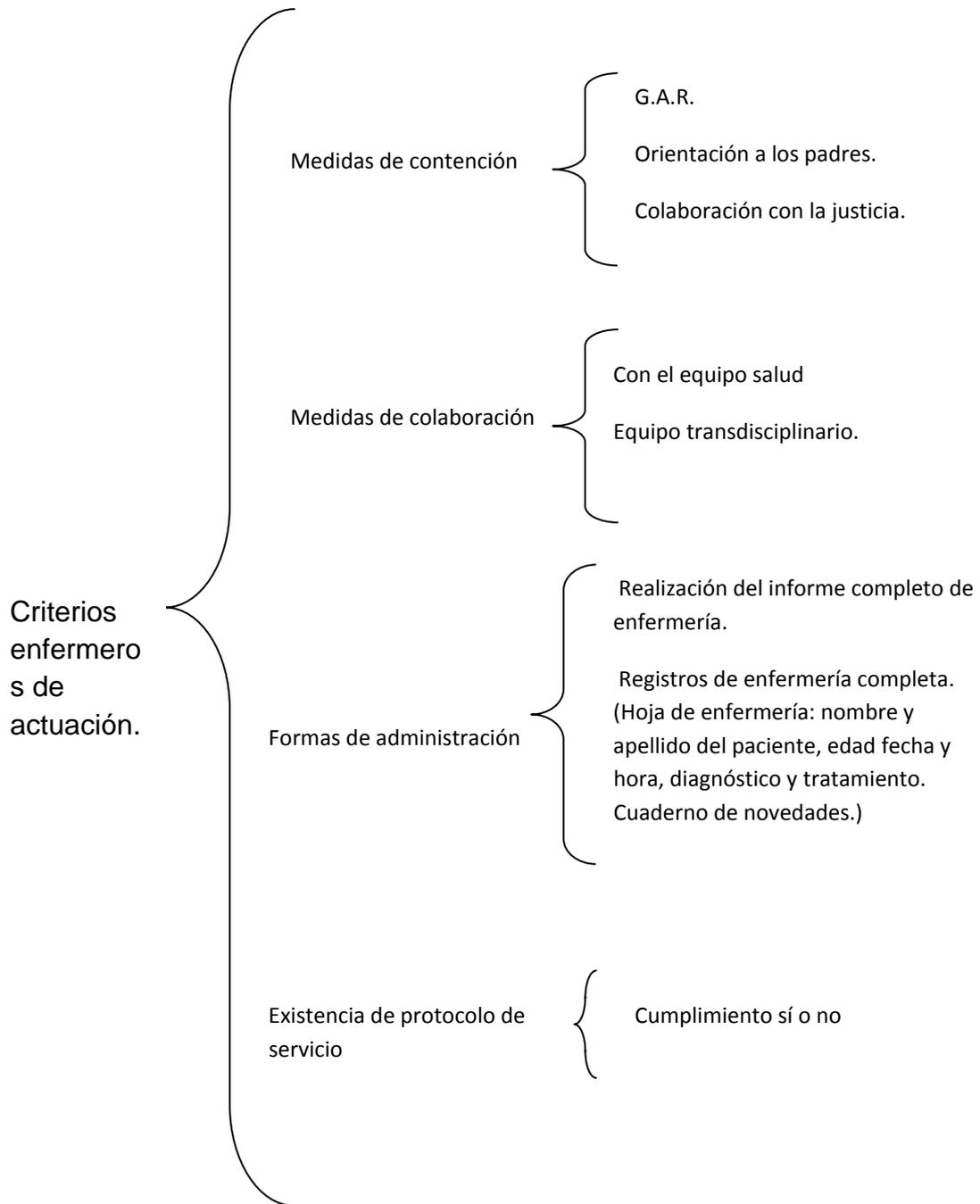
- **Técnicas de recolección de datos:** utilizaremos entrevistas semiestructuradas.
- **Instrumentos:** encuesta estructuradas con preguntas cerradas para un mejor análisis e interpretación de datos.
- **Lugar de estudio:** Hospital Dr. Humberto J. Notti

Definición de términos

Criterios de actuación: es la forma de pensar, actuar y tomar decisiones en una situación momento-lugar.

Valoración del niño: es la observación y recolección de datos de cómo se encuentra el niño holísticamente.

Operacionalización de variables



Valoración del niño

Tipos de maltrato.

- Maltrato físico.
- Maltrato emocional.
- Abandono o negligencia.
- Abuso sexual.

Valoración de las necesidades básicas holísticamente (en cuanto observar)

- Higiene
- Vestimenta
- Lesiones en la piel
- Alimentación

Valoración del estado emocional clasificación

- Maltrato emocional activo: insultos ofensivos y/o desprecio
- Maltrato emocional pasivo: no dan afecto e ignoran al niño

Colaboración del entorno familiar

- Sentimiento aparentes de culpa.
- Encubrir el hecho.
- Ignorar el episodio
- Minimiza el hecho o se paralizan.
- Colaboración del equipo de salud: Participativo o Reticente

Grado de colaboración del equipo de salud

- Sentimiento de culpa.
- Acompaña al niño.
- Colaboración con el equipo médico.

Hipótesis

Entre los criterios de actuación de los enfermeros que se exponen en el estudio del servicio de Emergentología predomina la evaluación física por sobre la evaluación holística, debido muchas veces a la falta de tiempo en el quehacer diario y otro problema importante es que se pasa por alto el maltrato emocional en la valoración del niño.

GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla N° 1: Sexo Distribución de la población estudiada según sexo.

Sexo	Enfermero/a	Fr%	Fa%
Masculino	7	26%	26
Femenino	20	74%	100%
Total	27	100%	100%

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

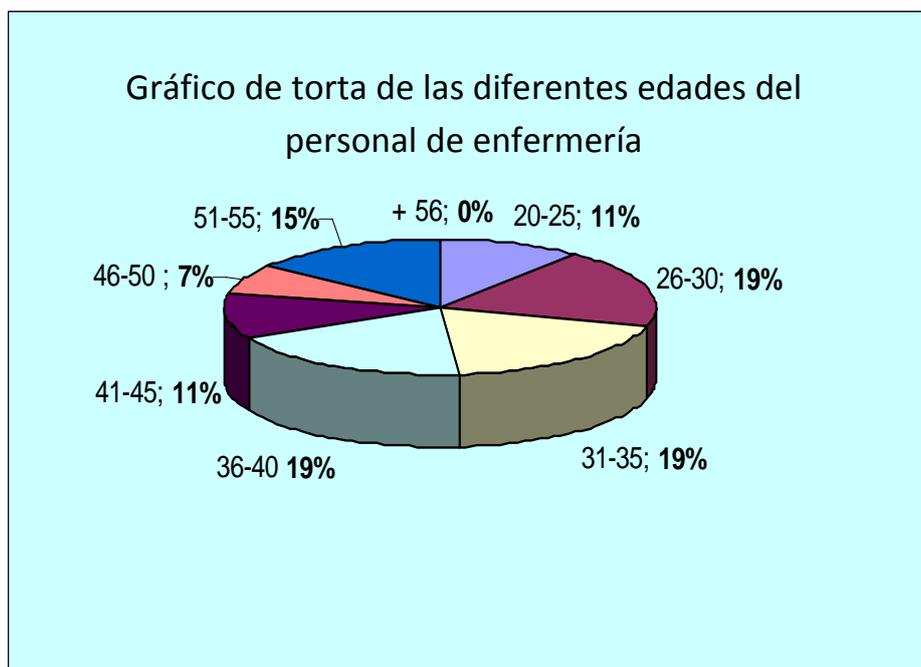


Análisis: De la población total estudiada del servicio de emergencia del Hospital Dr. H. Notti 74% son de sexo femenino que corresponde a 20 mujeres y el 26% restante representa el sexo masculino que corresponde a 7 hombres.

Tabla N° 2: Distribución de la población estudiada según edad.

Edad	Enfermero/a	Fr%	Fa%
20-25	3	11%	11%
26-30	5	19%	30%
31-35	5	19%	49%
36-40	5	19%	67%
41-45	3	11%	78%
46-50	2	7%	85%
51-55	4	15%	100%
+56	0	0%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

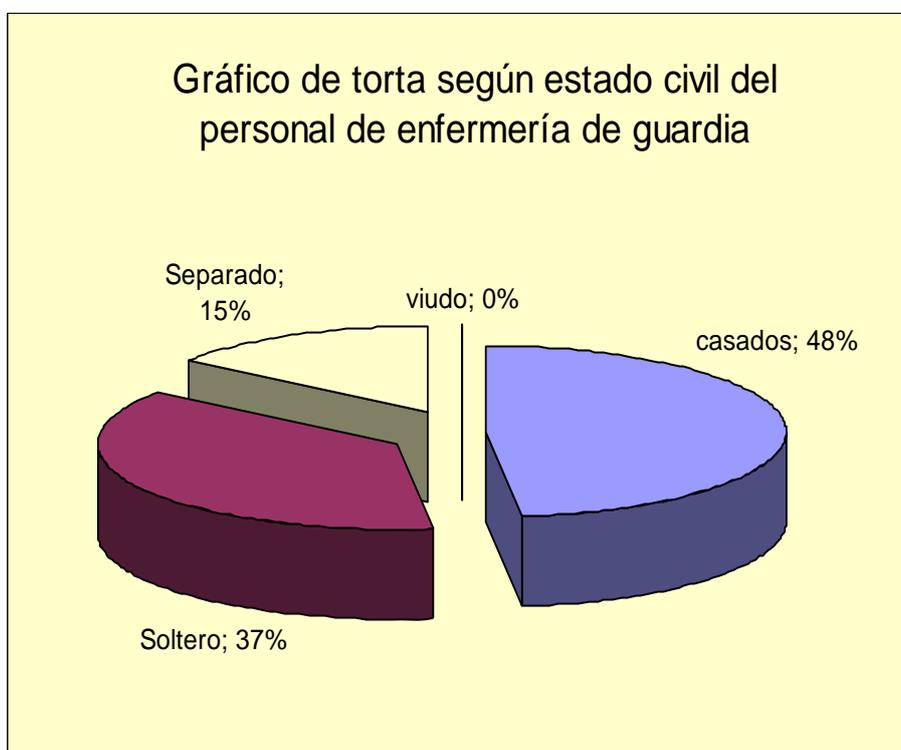


Análisis: En el gráfico se observa el alto porcentaje de personal de enfermería existente de edad entre el rango de 26-40 años un 19% desde los 26 años en cada uno de los rangos siguientes hasta llegar a los 40 años de edad, de 41-45 años un 11%, de 46-50 años un 7%, y por ultimo de 51-55 años un 15%.

Tabla Nº 3: Distribución de la población según estado civil del personal.

Estado Civil	Enfermero/a	F%	Fa%
Casado	13	48%	48%
Soltero	10	37%	85%
Separado	4	15%	100%
Viudo	0	0%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: El gráfico representa que el 48% del personal de enfermería de guardia es casado, el 37% es soltero y el 15 % restante es separado. No hay registro de personal viudo.

Tabla N° 4: Distribución de personal de enfermería con y sin hijos.

Personal de enfermería	Enfermero/a	F%	Fa%
Con hijos	19	70%	70%
Sin hijos	8	30%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

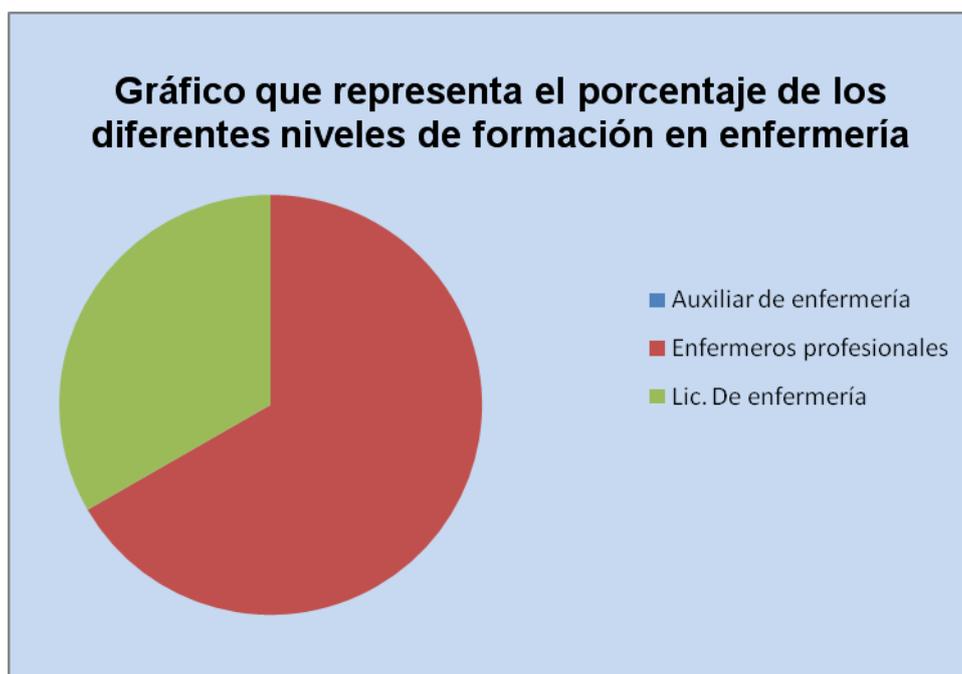


Análisis: Se visualiza en el gráfico que la mayoría de los enfermeros del servicio de guardia tienen hijos en un 70% y el 30% restante no tiene hijos

Tabla N° 5: Distribución del nivel de formación del personal de enfermería.

Formación	Enfermero/a	F%	Fa%
Auxiliar de enfermería	0	0%	0%
Enfermeros profesionales	16	59%	59%
Lic. De enfermería	8	41%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

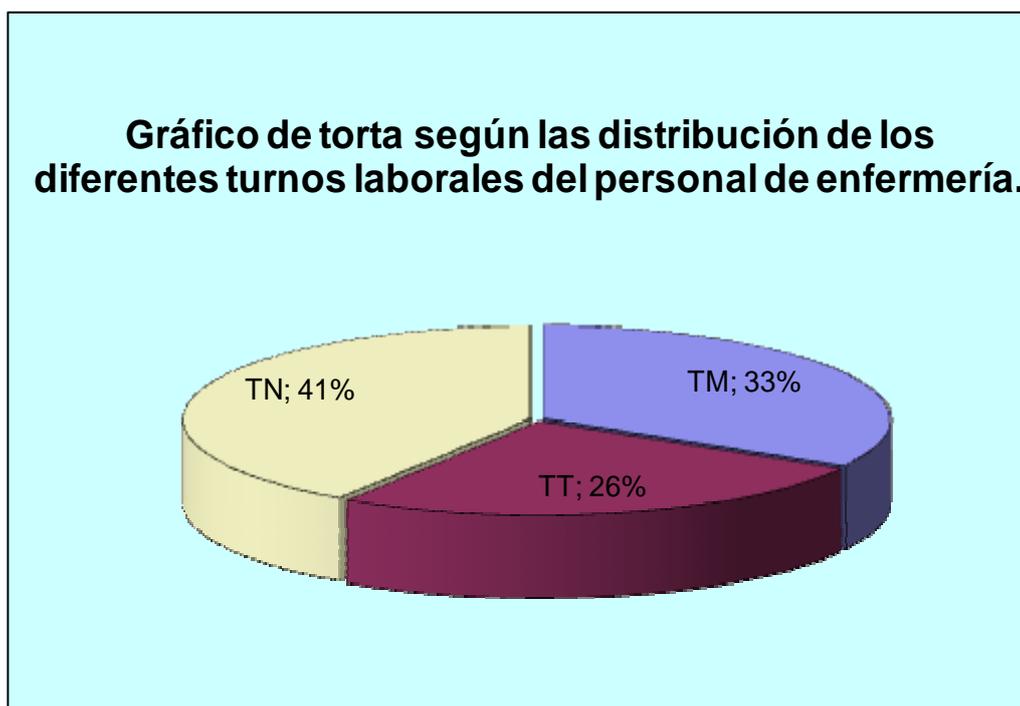


Análisis: Observamos en este gráfico que en el servicio de enfermería de emergencia un 59% representa enfermeros universitarios y/o profesionales lo que sería 16 profesionales de la salud, el 30% son Lic. de enfermería que son 8 y el 11% restante poseen un posgrado de enfermería que son 3 del total de enfermeros

Tabla N° 6: Distribución del turno laboral del personal de enfermería.

Formación	Enfermero/a	F%	Fa%
Mañana	9	33%	33%
Tarde	7	26%	59%
Noche	11	41%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Observamos que el mayor porcentaje se encuentra trabajando en turno noche siendo un 41%, el 33% se encuentra trabajando en turno de mañana, y un 26%, en el turno tarde.

Tabla N° 7: conocimiento de G.A.R. (Grupo de Alto Riesgo), por parte de enfermería.

Conocimiento de G.A.R.	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	27	100%	100%
No	0	0%	100%
total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

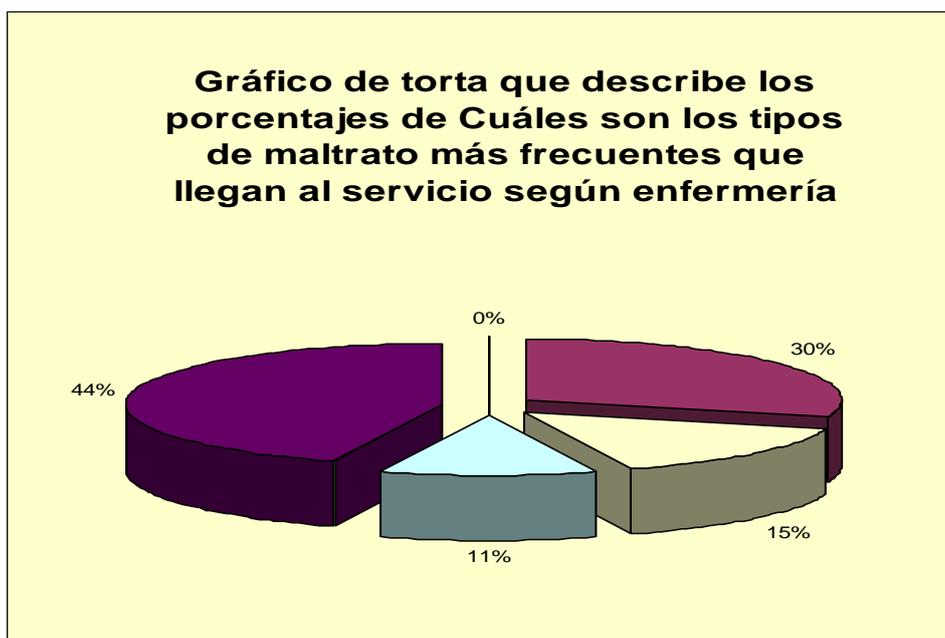


Análisis: El gráfico describe que la totalidad del personal de enfermería conoce lo que significa la sigla G.A.R.

Tabla N° 8: Porcentaje de los tipos de maltrato más frecuentes que llegan al servicio según el personal de enfermería.

Tipos de maltrato	Enfermero/a	F%	Fa%
Emocional	0	0%	0%
Físico	8	30%	30%
Sexual	4	15%	45%
Abandono	3	11%	56%
Negligencia	12	44%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

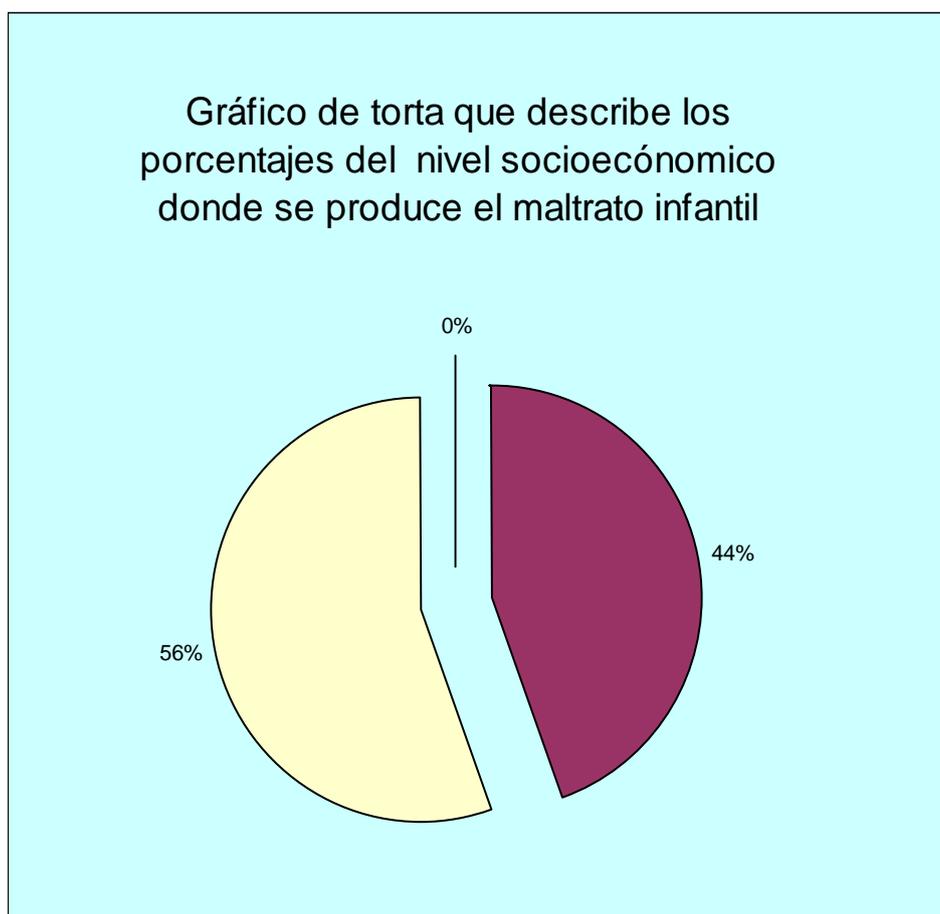


Análisis: El gráfico representa los tipos más frecuentes de maltrato que llegan al servicio de guardia, observándose que en su mayoría se produce por negligencia con un 44%, le sigue un 30% el maltrato físico, el 15% abuso sexual, y por ultimo un 11% de abandono, no se evidencia maltrato emocional según los resultados obtenidos por las encuestas.

Tabla N°9: Porcentaje del nivel socioeconómico que se produce más el maltrato infantil.

Nivel socioeconómico	Enfermero/a	F%	Fa%
Alto	0	0%	0%
medio	15	56%	56%
Bajo	12	44%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: El gráfico describe que en su mayoría el maltrato infantil se produce en un 56% en el nivel socioeconómico medio y en un 44% en el nivel socioeconómico bajo. No hay registro del nivel alto según los resultados de la encuesta.

Tabla N°10: Porcentaje de los enfermeros que realizan evaluación física en la guardia a los niños maltratados.

Evaluación física	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	0	0%	0%
No	9	33%	33%
A veces	18	67%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: El gráfico describe que los enfermeros en su mayoría el 67% a veces realizan evaluación física, el 33% restante no la realiza y no hay registro de personal que la realice siempre.

Tabla N°11: Porcentaje de fomentación de autoestima por parte de enfermería en el niño maltratado.

Fomentación de la autoestima	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	8	30%	30%
No	2	7%	37%
A veces	17	63%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

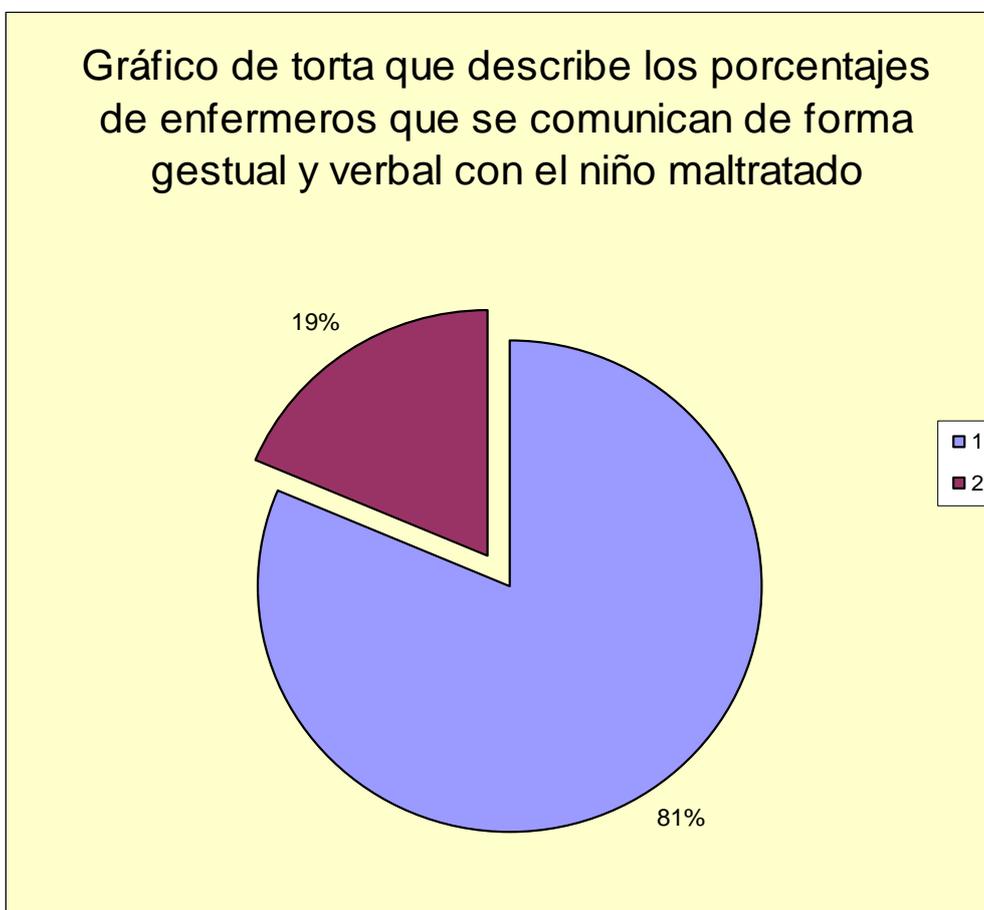


Análisis: El gráfico anterior describe que los enfermeros del servicio de guardia fomentan la autoestima en un 30%, el 7% no lo realiza, y el 63% lo realiza a veces.

Tabla N°12: Porcentaje de comunicación del enfermero/a con el niño maltratado.

Nivel de comunicación	Enfermero/a	F%	Fa%
Verbal	22	81%	81%
gestual	5	19%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: El gráfico describe a los enfermeros del servicio que se comunican de forma verbal con un 81% y 19% restante de forma gestual con el niño maltratado.

Tabla N° 13: Porcentaje de los tipos de estrategias que utiliza el enfermero con el niño maltratado.

Tipos de estrategias	Enfermero/a	F%	Fa%
Contención	15	56%	56%
Empatía	0	0%	56%
Compañía	12	44%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Como se visualiza en el gráfico, los tipos de estrategias que se utilizan en el servicio de emergencia son 56% contención, y el 44% acompañamiento en el niño maltratado, no existen datos referentes en relación con la empatía.

Tabla N° 14: Porcentaje de expresión de los sentimientos del niño con el personal de Enfermería.

Permite que exprese sus sentimientos	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	27	100%	100%
No	0	0%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

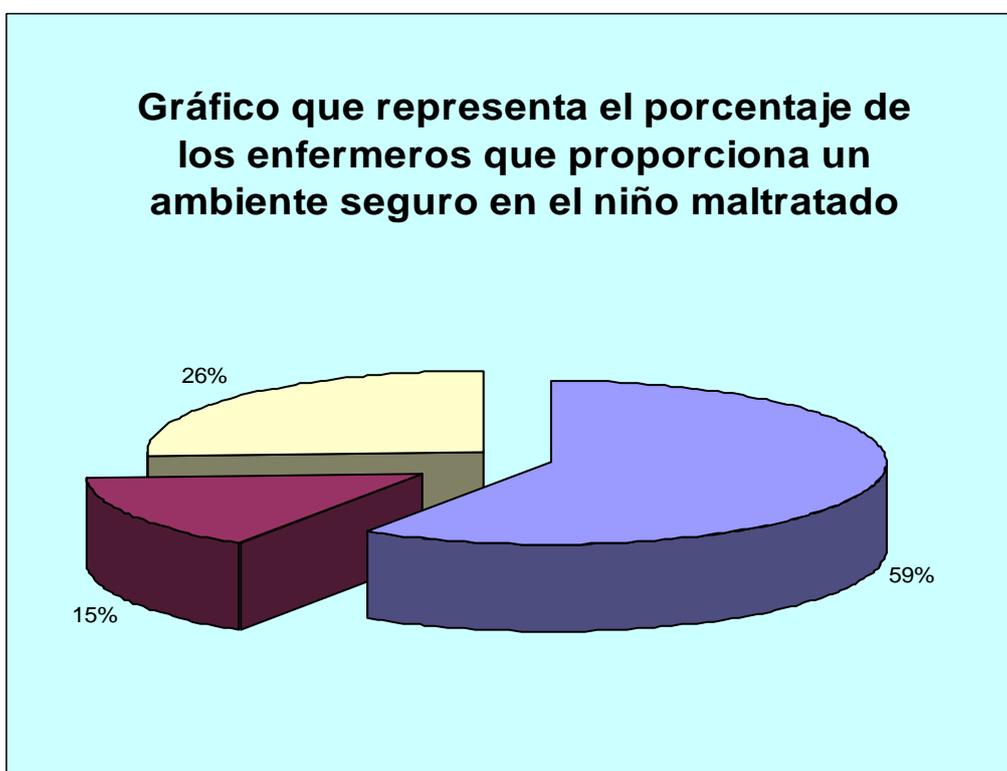


Análisis: Como se aprecia en el gráfico existela totalidad del 100% de los enfermeros encuestados que permite la expresión de los sentimientos del niño.

Tabla N° 15: Porcentaje de los enfermeros que proporciona un ambiente seguro en el niño maltratado.

Proporciona un ambiente seguro al niño.	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	16	59%	59%
No	4	15%	74%
A veces	7	26%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

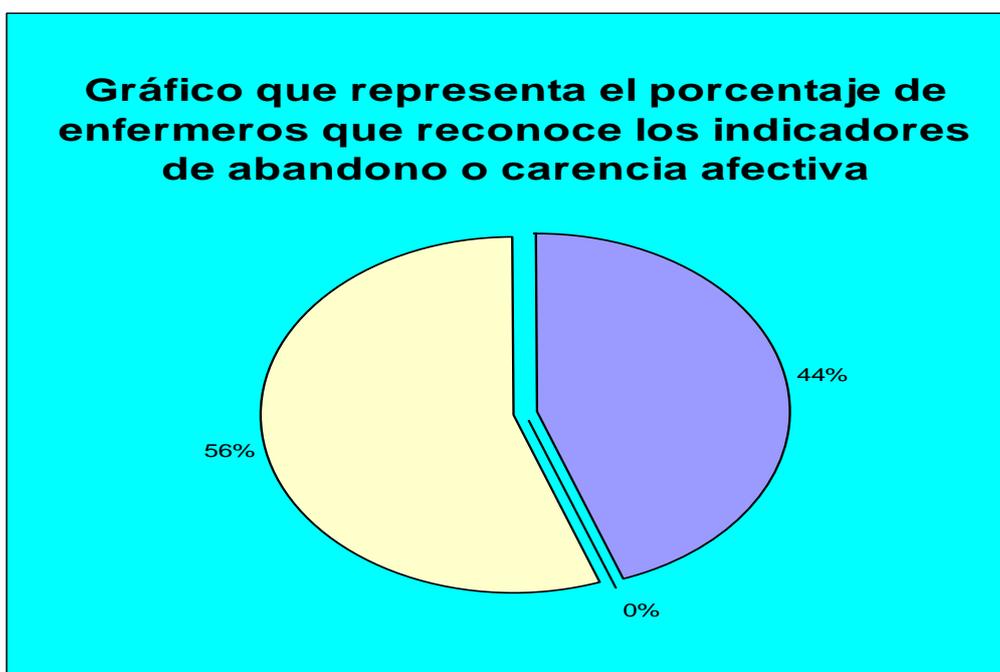


Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 59% de enfermeros del servicio de guardia que proporciona un ambiente seguro al niño, un 15% no lo proporciona y el 26% restante lo proporciona a veces.

Tabla N° 16: Porcentaje de los enfermeros que reconoce los indicadores de abandono o carencia afectiva en el niño maltratado.

Reconocimiento de los Indicadores de abandono.	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	12	44%	44%
No	0	0%	44%
medianamente	15	56%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 44% de enfermeros que Reconoce los indicadores de abandono o carencia afectiva en el niño maltratado y el otro 56% lo reconoce medianamente, no se registra enfermeros q no reconozcan los indicadores de abandono.

Tabla Nº 17: Porcentaje de los enfermeros que evalúa la calidad del vínculo en la familia.

Evalúa la calidad del vínculo en la familia.	Enfermero/a	F%	Fa%
Siempre	14	52%	52%
A veces	10	37%	89%
Poco	3	11%	100%
Nunca	0	0%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 52% de enfermeros que evalúa siempre la calidad del vínculo en la familia, el 37% lo evalúa a veces, el 11% lo evalúa pocas veces y no se registra datos que no se evalúe nunca la calidad del vínculo.

Tabla N° 18: Porcentaje de enfermeros que valoran la importancia, el desarrollo afectivo y/o apego paternas en el niño maltratado.

Importancia del desarrollo afectivo y/o apego paternas	Enfermero/a	F%	Fa%
Muy importante	27	100%	100%
Medianamente	0	0%	100%
Poco importante	0	0%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Como se aprecia en el gráfico hay una totalidad de enfermeros que valoran la importancia en el desarrollo afectivo y/o apego paternas del niño maltratado.

Tabla Nº 19: Porcentaje de enfermeros que consideran importante el entorno familiar del niño maltratado.

Importancia del entorno familiar	Enfermero/a	F%	Fa%
Muy importante	22	81%	81%
Medianamente	2	7%	88%
Poco importante	3	11%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

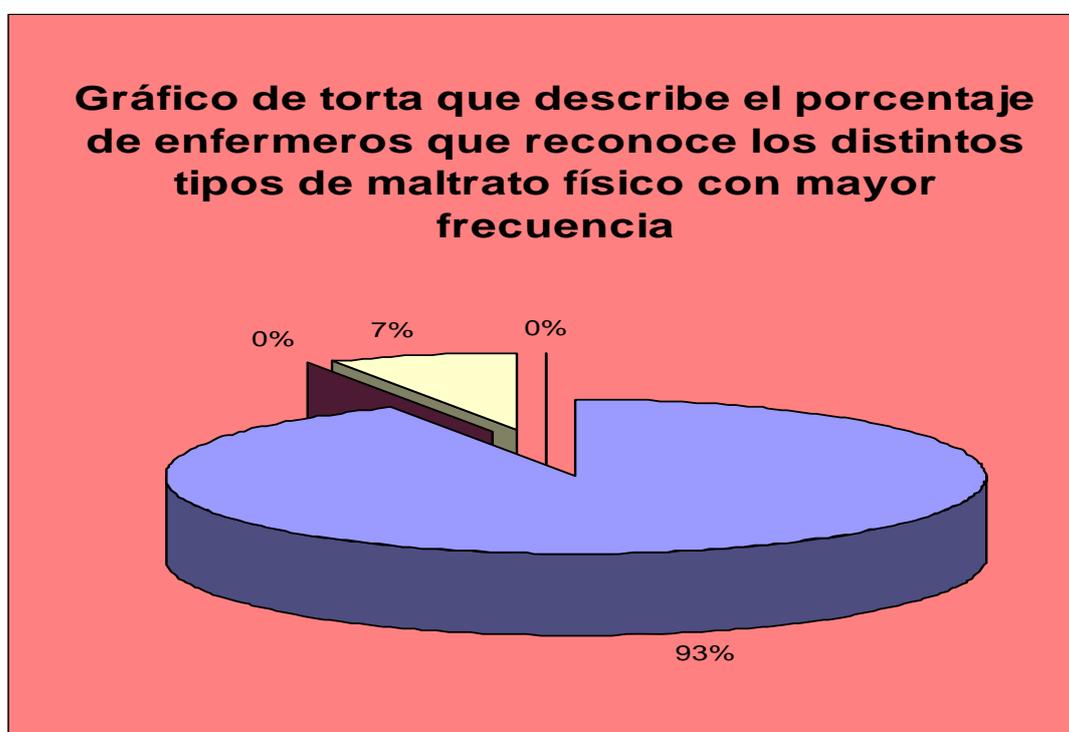


Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 82% de enfermeros que consideran muy importante el entorno familiar del niño maltratado, el 7% lo considera medianamente y el 11% lo considera poco importante.

Tabla N° 20: Porcentaje de tipos de maltrato físico que observan con mayor frecuencia los enfermeros.

Tipos de maltrato físico	Enfermero/a	F%	Fa%
Hematomas	25	93%	93%
Quemaduras	0	0%	93%
Fracturas	2	7%	100%
Otros	0	0%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 93% de enfermeros que reconoce mayormente hematomas como maltrato físico, el 7% observa fracturas en su valoración y no hay datos de maltrato por quemaduras y otros.

Tabla Nº 21: Porcentaje de enfermeros que observan casos de niños maltratados por higiene inadecuada.

Casos de niños maltratados por higiene inadecuada	Enfermero/a	F%	Fa%
Muy frecuente	10	37%	37%
Medianamente	9	33%	70%
Poco frecuente	8	30%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

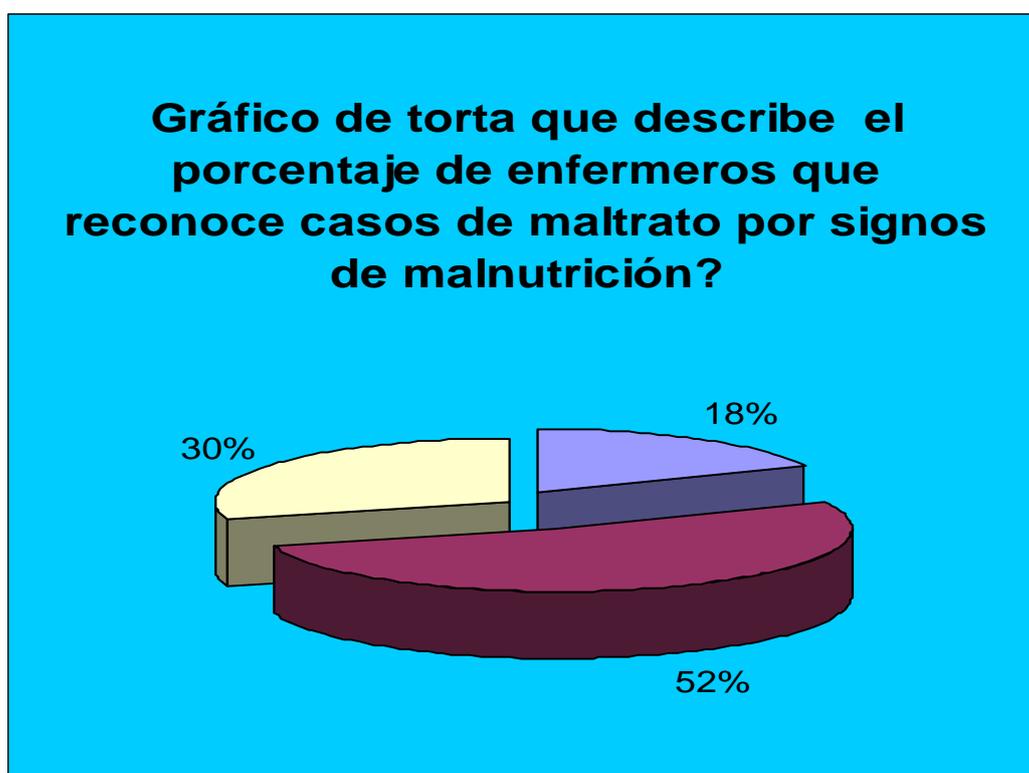


Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 37% de enfermeros que observan casos de niños maltratados por higiene inadecuada, el 33% lo observa medianamente y el 30% restante lo observa poco frecuente este tipo de maltrato.

Tabla N° 22: Porcentaje de enfermeros que reconoce casos de maltrato por signos de malnutrición.

Casos de maltrato por signos de malnutrición	Enfermero/a	F%	Fa%
Muy frecuente	5	18%	18%
Medianamente	14	52%	70%
Poco frecuente	8	30%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.

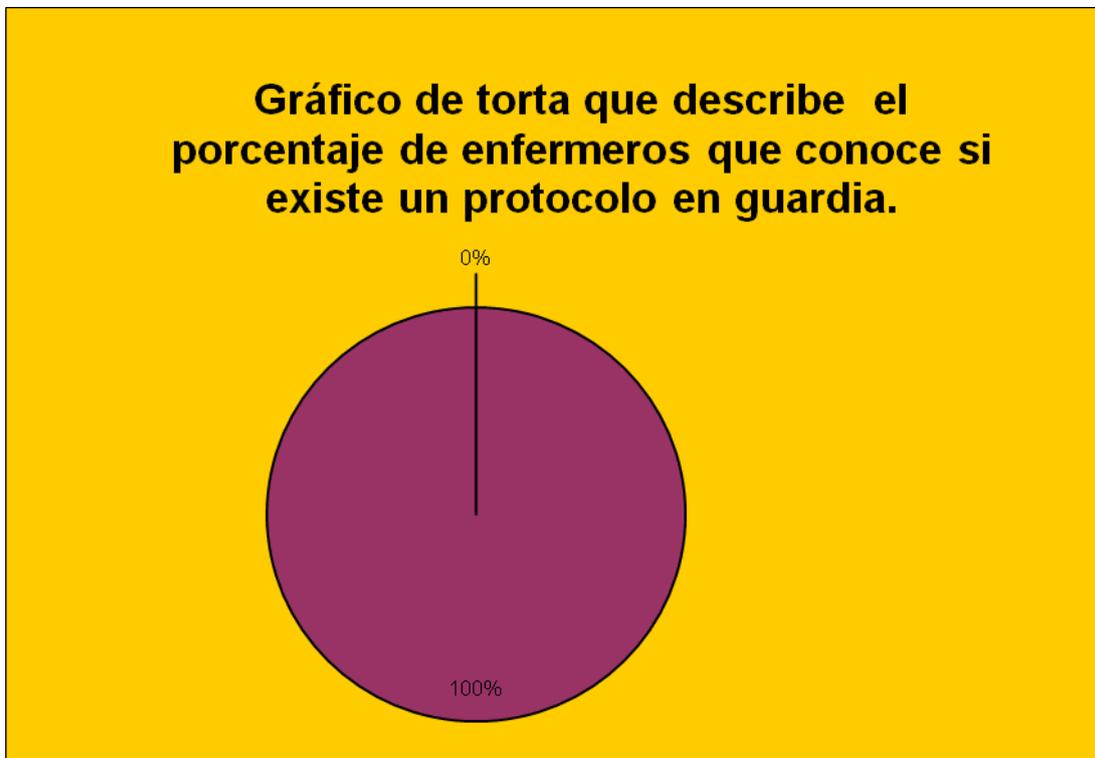


Análisis: Como se aprecia en el gráfico existe un 18% de enfermeros que observan muy frecuentemente casos de niños maltratados por signos de malnutrición, el 52% lo observa medianamente y el 30% restante observa poco frecuente este tipo de maltrato

Tabla N° 23: Porcentaje de enfermeros que conoce la existencia de un protocolo en guardia.

Conoce la existencia de un protocolo en guardia.	Enfermero/a	F%	Fa%
Si	0	0%	0%
No	27	100%	100%
Total	27		

Fuente: datos obtenidos por los propios autores. Mendoza 2013.



Análisis: Como se visualiza en el gráfico existe una totalidad del 100% del personal de enfermería que no conoce protocolo escrito en guardia, que indique como debe actuar frente a una situación de maltrato.

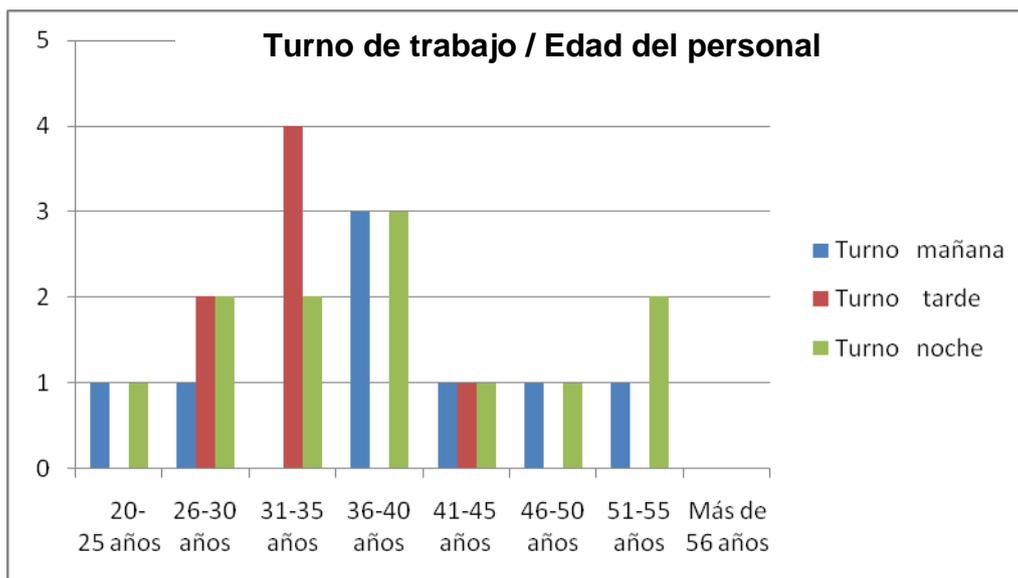
Tablas Bivariadas

Tabla N° 24: Relación entre la edad del personal de enfermería y el turno en el que trabajan los profesionales de dicho servicio de emergencias del Hospital Notti, Mendoza, del segundo semestre 2013.

Edad \ Turno de trabajo	Turno mañana	Turno tarde	Turno noche	Total
20- 25 años	1	0	1	2
26-30 años	1	2	2	5
31-35 años	0	4	2	6
36-40 años	3	0	3	6
41-45 años	1	1	1	3
46-50 años	1	0	1	2
51-55 años	1	0	2	3
Más de 56 años	0	0	0	0
Total	8	7	12	27

Fuentes: Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2013

GRÁFICO N° 24: Relación entre la edad del personal de enfermería y el turno en el que trabajan los profesionales de dicho servicio de emergencias del Hospital Notti, Mendoza segundo semestre 2013.



Comentario: Como visualizamos en el gráfico, el eje vertical indica el turno en el que trabajan los profesionales de enfermería y en el eje horizontal muestra la edad del personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti, Mendoza segundo semestre 2013

Por tanto destacamos que el turno de noche se encuentra enfermeros en los diversos rangos de edad el mayor porcentaje es de 31-35 años de edad.

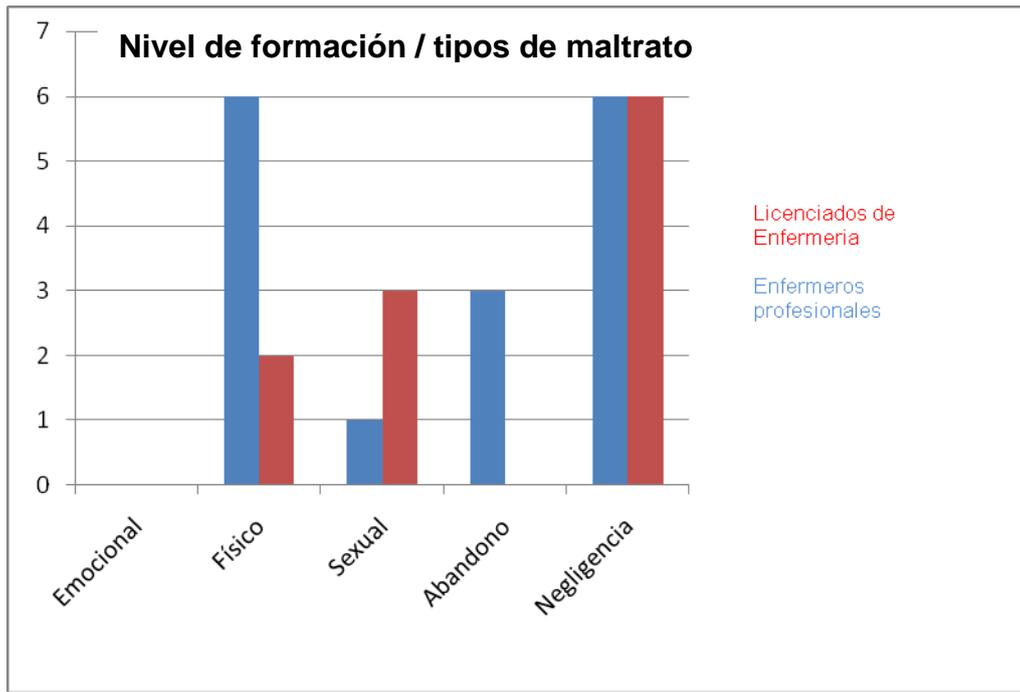
En lo restantes hay mayor cantidad en el rango de 31-35 años con 4 enfermeros en el turno tarde y en la mañana 3 enfermeros en los rangos 36-40 años.

Tabla Nº 25: Relación entre el nivel de formación del personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti con los tipos de maltrato más frecuentes de pacientes pediátricos que llegan al servicio, Mendoza segundo semestre 2013.

Nivel de formación			
Tipos de maltratos más frecuentes	Enfermeros profesionales	Lic. En enfermería	Total
Emocional	0	0	0
Físico	6	2	8
Sexual	1	3	4
Abandono	3	0	3
Negligencia	6	6	12
Total	16	11	27

Fuentes: Datos obtenidos por autores, Mendoza 2013

GRÁFICO N° 25:Relación entre el nivel de formación del personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti con los tipos de maltrato más frecuentes de pacientes pediátricos que llegan al servicio, Mendoza segundo semestre 2013.



Comentario: Este gráfico podemos interpretarlo de la siguiente manera donde el eje vertical tenemos los números de profesionales y en el eje horizontal tenemos las variables de tipo de maltrato, por lo tanto podemos decir por medio de él, que el total de la población encuestados 27 o sea el 100% de la población, deducimos que 16 enfermeros profesionales del total valoran los diferentes tipos de maltrato y que el 11 restante son enfermeros Lic.

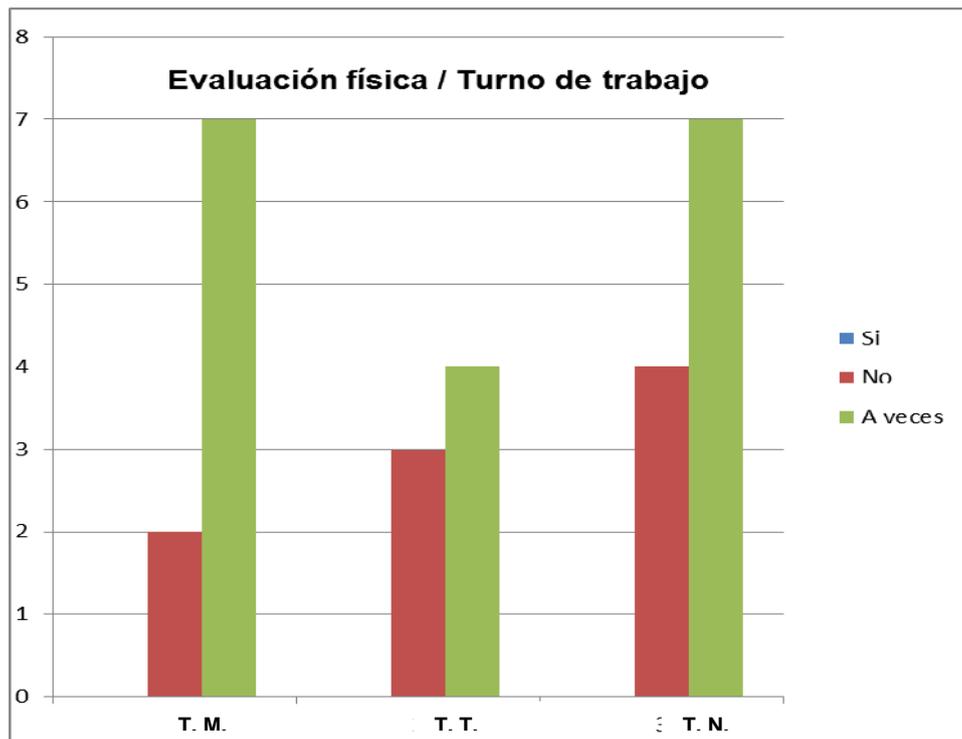
Otro dato importante que se aprecia en el gráfico es que ambas profesiones valoran de igual medida el maltrato por negligencia, sin embargo los Lic. valoran más el maltrato sexual, en tanto que los profesionales valoran de una mejor forma el maltrato físico.

TABLA Nº 26: Relación entre el turno en el que trabaja el personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti con la realización de la evaluación física en el servicio de emergencia Mendoza segundo semestre 2013.

Turno de trabajo				
Evaluación Física	Turno mañana	Turno tarde	Turno noche	Total
Si	0	0	0	0
No	2	3	4	9
A veces	7	4	7	18
Total	9	7	11	27

Fuente: Datos obtenidos por autores, Mendoza 2013

GRÁFICO N° 26: Relación entre el turno en el que trabaja el personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti con la realización de la evaluación física en el servicio de emergencia Mendoza segundo semestre 2013.



Comentario: cómo podemos visualizar la variable vertical se ve el índice de enfermeros que realiza evaluación física y la variable horizontal indica el turno en el que el personal de enfermería se encuentra trabajando, de los cuales 27 de los encuestados respondieron 7 en el turno de mañana que realizan a veces evaluación física al igual que el turno de noche con la misma cantidad. En el turno de tarde 4 enfermeros respondieron que realiza a veces la evolución física

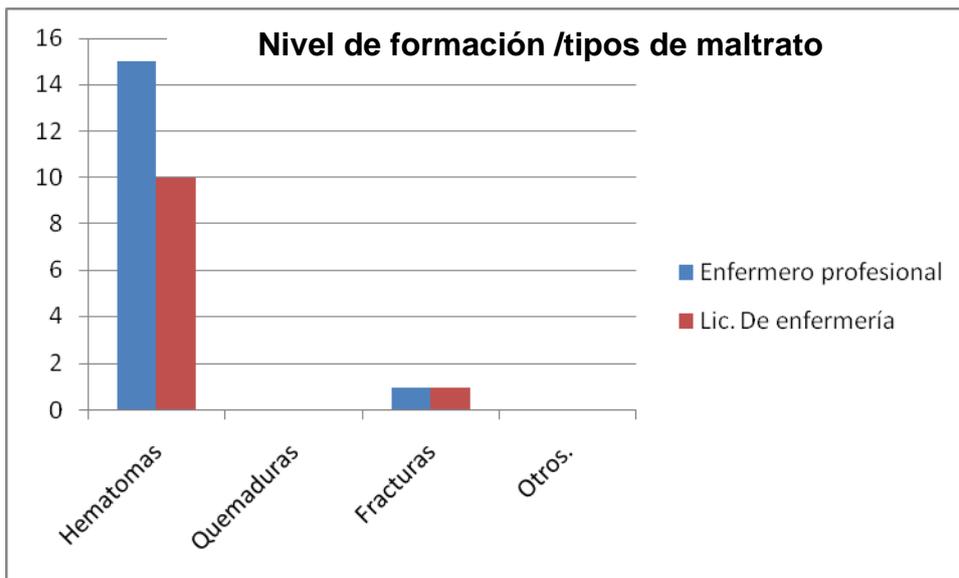
Lo que podemos concluir que en turno mañana y noche hay mayor cantidad de enfermeros que realizan la valoración física y en la tarde se realiza en menor medida los cual nos lleva a preguntarnos el por qué y los motivos por lo que sucede esto.

TABLA N° 27:Relación entre el nivel de formación del personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti con los tipos de maltrato que se observan con mayor frecuencia en dicho servicio, Mendoza, segundo semestre 2013.

Nivel de formación			
Tipos de Maltrato Físico mas Frecuente	Enfermeros profesionales	Lic. De enfermería	Total
Hematomas	15	10	25
Quemaduras	0	0	0
Fracturas	1	1	2
Otros.	0	0	0
Total.	16	11	27

Fuente: Datos obtenidos por autores, Mendoza 2013

GRÁFICO Nº 27:Relación entre el nivel de formación del personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Notti con los tipos de maltrato que se observan con mayor frecuencia en dicho servicio, Mendoza, segundo semestre 2013.



Comentario: Este gráfico lo podemos interpretar de la siguiente manera donde el eje vertical tenemos el nivel de formación de los enfermeros y en el eje horizontal apreciamos los tipos de maltrato que se observan con mayor frecuencia en el servicio de guardia, del total de la población estudiada que son 27 enfermeros que es nuestro 100% de la población.

Deducimos que 15 enfermeros profesionales y 10 Licenciados de enfermería valoran el maltrato físico por hematoma. En menor medida se observa maltrato físico por fractura en el niño, valorado a la par por licenciados y profesionales de enfermería, no hay registros de quemaduras y otros.

CAPÍTULO III:

Resultados, discusión y propuestas

Resultado

Con el análisis del trabajo terminado; gráficos, tablas y relación de variables logramos obtener de los 27 enfermeros profesionales y Lic. encuestados una

referencia de como el personal de enfermería actúan frente a casos de maltrato infantil en el servicio de guardia del hospital Dr. H. Notti.

Concluyendo el trabajo expuesto, observando y analizando la totalidad de la muestra, se aprecia en los gráficos que el 74% de los enfermeros del servicio son mujeres y 26% restante son hombres.

En cuanto a su formación profesional cabe resaltar que el 59% son enfermeros profesionales y/o universitarios, el 41% son Lic. de enfermería.

Cabe destacar que el 100%, ósea la totalidad de los enfermeros encuestados conoce el significado de la sigla G.A.R., además se muestra un 67% de enfermeros de guardia que realizan evaluación de niños maltratados.

El 70% del personal de enfermería tienen hijos, de los cuales representa que el 48% de los profesionales de guardia es casado, el 37% es soltero y el 15 % restante es separado. No hay registro de personal viudo.

En conclusión con los resultados nos hemos dado cuenta que los enfermeros del turno tarde no realizan una correcta valoración en comparación a los otros turnos debido a la gran demanda de trabajo.

Si bien no existe un protocolo escrito en el servicio de emergentología Los profesionales tratan sin embargo de ejercer su trabajo de la mejor manera posible, asistiendo al niño en todos sus aspectos.

Discusión

En base a esto nos planteamos cual es el mejor método para ejercer nuestra labor como enfermeros profesionales y que criterios estamos teniendo en cuenta actualmente.

¿Cómo podemos mejorar la atención y servicio a brindar en los pacientes pediátricos?

¿Será necesario tener un protocolo y/o pautas escritas en el servicio?

¿De qué forma se puede concientizar a los profesionales de la problemática en estudio?

¿Será necesario ejecutar un programa para mejorar la calidad del servicio?

Propuestas

1. Proponer programas que contengan conceptos y criterios de actuación de enfermería del maltrato infantil
2. Mejorar la calidad del recurso humano mediante educación continua sobre el accionar del personal de enfermería.
3. Realizar grupos de trabajo en horario que favorezcan al personal, en donde se aborden temas de maltrato y su actuación.
4. Incentivar a los profesionales de enfermería a que participen en los talleres y charlas educativas, mediante reconocimientos como certificados, devolución de horas laborales, etc.
5. Es importante seguir trabajando sobre nuevas metodologías, proponiendo nuevas pautas y un protocolo de cómo actuar frente a situación de maltrato infantil en el servicio.

Bibliografía.

- MARIA, I. ARRUABARRENA; Joaquín DE PAÚL, Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento, Madrid: Ediciones Pirámide, 1999. pág. 29-35.
- BLANCO ROSALIA; Maltrato infantil. Investigación y diseño de una campaña visual, para difundir información acerca del maltrato infantil.. Universidad Interamericana 2010.
- Diario uno artículo “Maltrato a niños: agresión física y negligencia, al tope de las denuncias” sábado, 05 de enero del 2013.
- La definición de Enfermería del CIE.
- JOAQUIN, E GOMEZ; (Instituto Madrileño del menor y la familia).
- FRANCISCO ESPART, Daniel matinez, Romero Londoño, “Los niños de América”, Editorial UNICEF pág. 16-18-41
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Violence. The role of de pediatrician in youth violence prevention in clinical practice and the community level. Pediatrics 1999; 103:173-81

Paginas virtuales:

- www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es
- www.unicef.org/
- www.magister.com/curso-maltrato-infantil
- www.psicopedagogia.com/prevencion_maltrato_infantil
- www.revistaciencia.com/publicaciones
- www.fmmeducacion.com.ar/recursos/maltrato.htm

APÉNDICE Y ANEXOS

La presente encuesta anónima tiene como finalidad recolectar información sobre el criterio de atención de enfermería del personal del Hospital Humberto Notti.

Esta realizada por los alumnos; Ana Martínez, Daniel Almazán, Yanina Salas de la Universidad Nacional de Cuyo, para efectuar la tesina de la Licenciatura en Enfermería en el año 2013.

Conteste Marcando con una **X** su respuesta:

Datos personales

1. Sexo:

1.1 Femenino: _____

1.2 Masculino: _____

2. Edad:

2.1 20-25 años: _____

2.2 26-30 años: _____

2.3 31-35 años: _____

2.4 36-40 años: _____

2.5 41-45 años: _____

2.6 46-50 años: _____

2.7 51-55 años: _____

2.8 Más de 56 años: _____

3. Estado civil:

3.1 Casado: _____

3.2 Soltero: _____

3.3 Separado: _____

3.4 Viudo: _____

4. Tiene hijos:

4.1 Si: _____

4.2 No: _____

5. Nivel de formación en enfermería

5.1 Auxiliar en enfermería: _____

5.2 Enfermero (universitario/profesional): _____

5.3 Lic. En enfermería: _____

Datos sobre su actividad laboral.

6. Turno en el que trabaja su guardia:

6.1 Mañana: _____

6.2 Tarde: _____

6.3 Noche: _____

7. ¿Conoce Ud. a que se denomina GAR?

7.1 Si: _____

7.2 No: _____

8. ¿Cuáles son los tipos de maltrato más frecuentes que llegan al servicio? (Marque más de una opción si corresponde)

8.1 Emocional: _____

8.2 Físico: _____

8.3 Sexual: _____

8.4 Abandono: _____

8.5 Negligencia: _____

9. ¿En qué nivel socioeconómico considera que se produce más el maltrato?

9.1 Alto: _____

9.2 Bajo: _____

9.3 Medio: _____

10 ¿Realiza Ud. evaluación física a los niños maltratados?

10.1 Si: _____

10.2 No _____

10.3 A veces _____

11 ¿Realiza Ud. fomentación de autoestima en el niño?

11.1 Si: _____

11.2 No: _____

11.3 A veces: _____

12 ¿Cómo se comunica con el niño maltratado?

12.1 Verbal: _____

12.2 gestual: _____

13 ¿Qué tipos de estrategias utiliza?

13.1 Contención: _____

13.2 Empatía: _____

13.3 Compañía: _____

14 ¿Permite Ud. que el niño exprese sus sentimientos?

14.1 Si: _____

14.2 No: _____

15 ¿Proporciona un ambiente seguro en el niño maltratado?

15.1 Si: _____

15.2 No: _____

15.3 a veces: _____

16 ¿Reconoce los indicadores de abandono o carencia afectiva?

16.1 Si: _____

16.2 No:_____

16.3 Medianamente:_____

17 ¿Con qué frecuencia evalúa la calidad del vínculo de la familia?

17.1 Siempre:_____

17.2 A veces:_____

17.3 Poco:_____

17.4 Nunca:_____

18 ¿Le parece importante valorar el desarrollo afectivo y/o apego paternos?

18.1 Muy importante:_____

18.2 Medianamente:_____

18.3 Poco importante:_____

19 ¿Considera Ud. el entorno familiar del niño maltratado?

19.1 Muy importante:_____

19.2 Medianamente:_____

19.3 Poco importante:_____

20 ¿Qué tipos de maltrato físico se observan con mayor frecuencia?

(Marque más de una opción si corresponde)

20.1 Hematomas:_____

20.2 Quemaduras:_____

20.3 Fracturas:_____

20.4 Otros:_____

21 ¿Son habituales los casos de niños maltratados por higiene inadecuada?

21.1 Muy frecuente:_____

21.2 Medianamente:_____

21.3 Poco frecuente:_____

22 ¿Reconoce casos de maltrato por signos de malnutrición?

22.1 Muy frecuente:_____

22.2 Mediante:_____

22.3 Poco frecuente:_____

23 ¿Existe un protocolo en guardia?

23.1 Si:_____

23.2 No:_____

Agradecemos la colaboración por la realización de la encuesta. Saludos atte.

UNIDAD DE ANALISIS	1		2								3				4		5		
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3
1	X					X					X				X			X	
2	X				X						X				X			X	
3	X						X				X				X			X	
4	X				X								X		X			X	
5	X		X									X			X			X	
6	X				X						X				X				X
7	X			X								X				X			X
8		X			X							X				X		X	
9	X			X								X				X			X
10	X						X					X			X			X	
11	X			X									X		X			X	
12		X							X		X				X				X
13		X				X					X				X				X
14	X					X						X				X		X	
15	X		X									X				X		X	
16	X			X								X				X		X	
17		X		X								X				X		X	
18	X							X					X		X				X
19	X					X						X				X			X
20		X				X					X				X			X	
21	X				X								X		X			X	
22		X				X					X				X				X
23	X								X		X				X				X
24	X							X			X				X				X
25	X								X		X				X			X	
26		X							X		X				X				X
27	X						X				X				X			X	

6			7		8					9			10			11			12		13			14		15		
6.1	6.2	6.3	7.1	7.2	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	9.1	9.2	9.3	10.1	10.2	10.3	11.1	11.2	11.3	12.1	12.2	13.1	13.2	13.3	14.1	14.2	15.1	15.2	15.3
X			X						X		X				X	X				X	X			X				
	X		X			X						X			X	X			X		X			X		X		
	X		X					X			X			X			X	X				X	X		X			
	X		X						X		X			X			X	X		X			X		X			
		X	X			X					X			X			X	X				X	X				X	
		X	X				X					X			X		X		X			X	X			X		
	X		X						X		X		X		X			X		X			X			X		
		X	X						X		X			X			X	X		X			X		X			
X			X			X					X		X				X	X			X	X		X		X		
	X		X					X			X			X			X		X			X	X			X		
X			X						X		X			X			X	X		X			X		X			
X			X			X					X			X			X	X				X	X			X		
	X		X				X					X			X		X		X				X			X		
	X		X				X				X			X			X	X				X	X			X		
		X	X					X			X			X			X	X				X	X			X		
		X	X						X		X			X			X	X				X	X			X		
		X	X			X					X			X			X	X				X	X			X		

16			17				18			19			20				21			22			23	
16.1	16.2	16.3	17.1	17.2	17.3	17.4	18.1	18.2	18.3	19.1	19.2	19.3	20.1	20.2	20.3	20.4	21.1	21.2	21.3	22.1	22.2	22.3	23.1	23.2
		X	X				X			X			X				X				X			X
X			X				X			X			X						X			X		X
X			X				X			X			X				X			X				X
X			X				X			X			X						X			X		X
		X			X		X					X	X					X			X			X
		X		X			X			X					X		X			X				x
		X		X			X			X			X					X			X			X
X			X				X			X			X					X				X		X
		X		X			X					X							X					x
		X		X			X			X			X					X			X			X
		X	X				X			X			X				X				X			X
X			X				X			X			X						X			X		X
X			X				X			X			X				X			X				X
X			X				X			X			X						X			X		X
		X			X		X					X	X					X			X			X
		X		X			X			X					X		X			X				x
		X		X			X			X			X					X			X			X
X			X				X			X			X					X				X		X
X			X				X			X			X				X			X				X
X			X				X			X			X					X			X		X	X
		X			X		X					X	X					X			X			X