



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario
Argentina

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TFEM 2582

TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

**Maltrato Infantil en los primeros meses de pandemia:
Lesiones y perspectiva Médico legal**

Autora: Ana Rita Chávez Morelli

Tutor: Leonardo Waron

Cohorte: 2018-2020

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
Magnitud del Problema	6
Aspectos de la Lesionología:	7
Tipos de básicos de Maltrato Infantil (MI):	8
Signos y Síntomas	10
Signos y síntomas de abuso físico	10
Signos y síntomas de abuso sexual	11
Signos y síntomas de maltrato emocional	11
Signos y síntomas de la negligencia	11
Comportamiento parental	11
Castigo físico	12
Aspectos Legales	12
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	15
Contexto Temporal: Pandemia mundial y sus implicancias en el sistema de salud	16
Contexto espacial del Estudio: Centro de Salud N°94 “Empalme Graneros” de la ciudad de Rosario	16
RESULTADOS	18
Primer momento	18
Segundo momento	21
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	31
Anexo : Consentimiento informado a médicos y médicas pediatras	31
Anexo Encuesta a las y los médicos pediatras	32
Anexo Encuesta a los cuidadores	35

RESUMEN

Las Lesiones Intencionales o Maltrato Infantil, no es una forma aislada de violencia, en niños, niñas y adolescentes, representan un problema frecuente y grave, que deja secuelas a corto y largo plazo, y afecta la salud futura de la persona y su descendencia, cuando no la muerte.

Muchos niños, niñas y adolescentes sufrieron o sufren más de un tipo de maltrato. A menor edad, mayor riesgo de ser víctima de maltrato. Esto podría deberse a una menor consulta en los niños mayores.

Las Lesiones Intencionales en este grupo etario, son producidas por adultos, y dentro de la familia y están asociadas a violencia conyugal en el hogar.

El objetivo de esta investigación fue analizar las lesiones Intencionales en niños/as y adolescentes que consultaron en un Centro de Salud e indagar acerca de la percepción de éstas del equipo de salud, así como de sus conductas frente al maltrato, durante la pandemia COVID-19, entre abril-septiembre 2020.

Para cumplimentar los objetivos propuestos se diseñó un abordaje metodológico cuantitativo con información de fuentes secundarias y en un segundo momento a partir de una encuesta a los profesionales actuantes en el Centro.

Se detectó que del total de consultas 42 fueron por lesiones y de ellas 3 se constató que fueron intencionales o maltrato.

Las y los médicos encuestados consideran que las lesiones no intencionales son un motivo frecuente de consulta y, que existe una delgada línea respecto a las lesiones intencionales, por lo que manifestaron no descartar el maltrato como posible causa.

Es fundamental registrar todas las lesiones, sean intencionales o no intencionales, ya que los datos son escasos.

Se concluyó que es necesaria una articulación de acciones de prevención y cuidado integral de niños, niñas y adolescentes que involucren al sistema de salud, con intervenciones diseñadas y adaptadas al contexto local, como así también, a la comunidad con un abordaje interdisciplinar y con la participación de un médico legista que posee la experticia en la detección de dichas lesiones.

Palabras claves: Lesiones Intencionales – Maltrato Infantil – Niños, niñas y adolescentes – Prevención – Cuidado Integral.

INTRODUCCIÓN

El maltrato ha sido descrito como un fenómeno complejo del mundo social y se ha constituido a partir de la interdisciplina, en una problemática fundamental.

Para algunos autores este problema encuentra sus inicios en los límites del paradigma médico, cuando en 1962 un grupo de pediatras dirigidos por Henry Kempe anunció la presencia del Síndrome del niño maltratado¹. Además, con un trabajo presentado en la Academia Americana de Pediatría y su posterior publicación en el Journal of American Medical Association, el mundo médico y profesional, comienza a aceptar la existencia del maltrato infantil.

Pero, para que el maltrato fuera objeto de investigación y análisis, debieron ocurrir al menos dos condiciones. En primera instancia la necesidad de consenso entre observadores y una perspectiva epistemológica o de paradigmas que lo acepte como posible y la concurrencia de intereses y motivaciones para que la comunidad científica reconozca en ese conjunto de síntomas el carácter de violento.

Es por esto que los trabajos como los de Tardieu en 1860, sobre la muerte de niños por golpes y quemaduras, y los reportes de abusos sexuales de niños y niñas, tardaron mucho tiempo para sean tomados en cuenta como maltrato.

Varios autores pusieron en evidencia, las relaciones estratégicas de poder, que en la ciencia hacen que un fenómeno sea aceptado y además puedan ser visibilizados los discursos científicos en su capacidad para recortar y legitimar determinados aspectos sociales como verdaderos.

La perspectiva de contraponer lo individual o familiar, o eventos de orden público o privado hicieron posible la comprensión de la violencia con efectos específicos. A su vez entender a la familia como institución con condición de posibilidad para exista la violencia infantil.

Sin embargo, algunas perspectivas produjeron efectos negativos en los ordenamientos conceptuales sobre la violencia infantil: reforzaron la idea de las violencias como un problema doméstico; desatendieron la producción y reproducción de la violencia en las instituciones públicas de protección, e invisibilizaron otras violencias: como la económica, simbólica o de género, entre otras.

Foucault sostuvo que por cada discurso que circula, existe otro que ha sido soterrado y que la circulación de verdades responde a posiciones político-situadas

¹. Lo describió como cualquier lesión en el niño, ya sea ósea o cutánea: equimosis, magulladura, quemadura, sin causa específica.

con intereses y visiones, específicas. Esto es, implicaría que la ciencia es un producto social, y considerar a la violencia infantil a partir de actos de poder.

La definición médico legal o perspectiva médico legal, del Síndrome de Menor Agredido (SMA) afirma que es un cuadro clínico caracterizado por los daños agudos o crónicos en la salud de un menor, como consecuencia de una serie de agresiones debidas a trauma físico, psicológico-emocional, etc., que pueden llevarlo a un estado secuelar en múltiples áreas de la vida, u ocasionarle la muerte.

El Maltrato Infantil abarca desde el niño, niña y adolescente golpeado (lesiones intencionales) hasta la violencia psicológica y el Abuso Sexual Infantil, junto con la negligencia en la atención a las necesidades para un crecimiento y desarrollo adecuados. Implican una valoración social en relación a lo que es peligroso inadecuado para el niño, niña y/o adolescente; y es aquí, donde reside la gran dificultad para definirlo, ya que hay falta de consenso social respecto a lo que constituyen formas de crianzas peligrosas, inaceptables e inadecuadas, por lo que resulta difícil establecer los límites entre lo que es maltrato y lo que no lo es.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), lo define como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, y abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Otros autores, definen al maltrato como una serie de abusos y desatenciones de las que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, 6 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 que pongan en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

La Fundación Argentina de Pediatría, en el año 2012, definió Maltrato Infantil o Abuso Infantil, a un total destierro de lo mal llamado “accidentes”, ya que presentó a las Lesiones Intencionales, siendo un problema de salud mundial, como así también, social y cultural, que afectaba y puede ser causa de muerte en Niños, Niñas y Adolescentes, en la mayor parte de los países. Además, UNICEF, por su parte, en el año 2015, definió a la víctima de maltrato y abandono a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual y/o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones

sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

También, definen al Maltrato Infantil, como “la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)”. Debe mencionarse que las investigaciones sobre el maltrato infantil, abren nuevas líneas en aspectos considerados actualmente poco comunes o poco analizados como son: los niños en las fronteras y de la guerra en refugios de inmigrantes, el maltrato étnico, así como el denominado ritualismo satánico, entre otros, donde además de los problemas socioeconómicos subyace un fenómeno transcultural.

Magnitud del Problema

Como se ha señalado anteriormente, el maltrato, abuso y la negligencia a los niños constituyen un fenómeno social que se está extendiendo por todo el mundo sin barreras étnicas, geográficas ni de contexto social.

UNICEF estima que en América Latina existen, por lo menos, 6 millones de niños maltratados severamente, de los cuales 80 mil mueren anualmente a consecuencia de la violencia, por ello el maltrato infantil es reconocido por OMS/OPS como un problema de salud pública.

Según otro informe de O.M.S. y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (U.N.I.C.E.F.), estima que cada día mueren más de 2.000 niños debido a lesiones intencionales, y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a menudo los dejan discapacitados para toda la vida; se señala, además, que si se adoptaran medidas preventivas de eficacia demostrada podría salvarse la vida de al menos 1.000 niños al día.

Se calculó, también, que cada año mueren por homicidio 40.150 menores de 18 años, algunos de ellos, probablemente, por efecto de malos tratos. Se trata casi con toda seguridad de una subestimación de la verdadera magnitud del problema, pues una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil es atribuida erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamiento u otras causas, conocidas como lesiones no intencionales.

Es importante resaltar, que en situaciones de conflicto armado o en asentamientos de refugiados, las niñas están especialmente expuestas a la violencia, la explotación y los abusos sexuales por parte de combatientes, fuerzas de seguridad, miembros

de su propia comunidad o trabajadores de asistencia humanitaria, entre otros, por lo tanto, estas cifras pueden ser consideradas como un piso de la verdadera magnitud.

En estudios internacionales, se destaca que casi 3 de cada 4 niños de entre 2 y 4 años sufren con regularidad castigos corporales o violencia psicológica de la mano de padres o cuidadores y que una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

La situación en Argentina, no escapa al resto del mundo, y es considerada grave. Se estima que mueren por esta causa aproximadamente 11.000 personas por año, de las cuales casi 3.000 son menores de 20 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

Al tener en cuenta que la muerte es el evento extremo, a partir del cual se puede inferir otras cifras, según la pirámide de lesiones de la O.M.S., por cada muerte deben contabilizarse aproximadamente 40 personas internadas y 1.000 que requirieron atención médica por lesiones intencionales y no intencionales (OMS, 2012). A su vez, se estima el 8,5% de la demanda asistencial en las guardias pediátricas en una amplia región del país. (Waisman, Núñez y Sánchez, 2000).

Si, además, se expresan las secuelas físicas, el 25% de los pacientes internados por politraumatismos presentó secuelas al alta; también se informa en otros países, que casi una tercera parte de los niños y jóvenes que sufren accidentes importantes presentan secuelas psicológicas del tipo de síndrome de estrés posttraumático (Daviss, Mooney, Racusin, Ford, Fleischer, McHugo, 2000). Estas cifras, no expresan adecuadamente la enorme carga social, en lo afectivo, en lo laboral y en lo económico.

Habría que sumar a estas estimaciones, los costos materiales, que están constituidos por los gastos directos (hospitalización, atención ambulatoria, rehabilitación) e indirectos (pérdida de productividad por años de vida perdidos). (Malamud, 2001).

Aspectos de la Lesionología:

La lesión, es el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales, como el oxígeno. La energía en cuestión puede ser mecánica, térmica, química o radiada. (Bosque y Neira, 2001).

Desde el punto de vista de la lesionología debe sospecharse una lesión no accidental cuando un niño se presente con historia de algún traumatismo que no

guarde relación con el mecanismo descrito en la historia médica suministrada, o bien, cuando tenga traumatismos o cicatrices múltiples (criterios de Brown).

Dicha sospecha debe ampliarse, si a través de la radiografía, se diagnostican fracturas de distinta antigüedad, defectos en la consolidación, o fracturas que involucran metáfisis (criterios de Silverman).

Esto es, los niños pueden ser agredidos en un hecho agudo o en varios durante un periodo larvado, pudiéndose observar contusiones simples o complejas de diferentes tiempos de evolución. El clínico debe ser cuidadoso en relación con establecimientos rígidos de tiempo de evolución de una lesión, puesto que existen diversos criterios médico legales, variaciones fisiológicas y fisiopatológicas que lo determinan, ya que el maltrato infantil es cualquier acción u omisión no accidental que, desde una relación de dependencia y/o abuso de poder, cause detrimento en la integridad física, psicológica y social del niño o que amenace su desarrollo físico y psicosocial normal.

Las lesiones no intencionales o accidentes se han relacionado con el maltrato en el grupo de edades pediátricas. Aunque los lactantes y niños pequeños son los más susceptibles de sufrir maltrato por la edad y las características de su desarrollo, en algunos países se reporta la edad de 6 a 12 años como la más frecuente.

Es importante destacar que es necesario y oportuno, que los profesionales de la salud y todo el que de alguna manera esté relacionado profesionalmente con los niños, se encuentren familiarizados con las características de los pacientes y las formas en que se presentan las lesiones sugestivas de maltrato en el niño.

Tipos de básicos de Maltrato Infantil (MI):

Se distinguen cinco tipos de MI

- abuso físico
- abuso sexual
- maltrato emocional
- abandono físico
- abandono emocional

Se reseñan algunos datos clínicos a tener en cuenta para advertir la presencia del maltrato físico que puede ser ocasionado por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad y puede manifestarse a través de golpes, sacudidas, quemaduras y otros abusos a partir de:

- Características del niño maltratado (mirada ausente, silenciosa, apática, expectante, capaz de soportar procederes cruentos).

- Discrepancias entre los hallazgos físicos y la historia que ofrecen los padres o el acompañante.
- Demora ante el tiempo transcurrido y la primera asistencia por personal de salud.
- Carácter explosivo del agresor.
- Niño menor de dos años por lo general.
- Múltiples fracturas en el menor de cinco años.
- Modo de vida de los padres: alojamiento pobre, bajo nivel social, tensión conyugal.
- Diferentes períodos de evolución de lesiones.
- Falsas prácticas religiosas (sobar, aplicar parches calientes, etc.)
- Es importante la versión que ofrece el niño mayor.
- Tendencia familiar a presentar cabellos largos, ropas con cuellos o mangas largas, aún en verano, y curas o vendajes que oculten las lesiones.
- Petición de alta antes de concluir el estudio.

Las Lesiones traumáticas que se consideran como abuso:

- Sangrado, hemorragias orbitarias o retinianas.
- Lesiones cutáneas (huellas de objetos calientes, alopecia parcial, heridas).
- Lesiones óseas (fracturas de diferentes tipos).
- Lesiones de vísceras sólidas.
- Lesiones oculares (edema de papila, desprendimiento de retina, desviación de cristalino.
- Palidez cutáneo –mucosa, coma, desgarro de genitales.
- Síndrome de muerte súbita del lactante o de niño menor de 5 años.
- Trauma abdominal difuso con o sin hemorragia.

Otros autores, describen que el abuso infantil puede ser físico, sexual, psicológico o abandono y las lesiones asociadas pueden presentarse en múltiples formas, como hematomas, quemaduras, laceraciones, cortes, equimosis, contusiones y abrasiones en el cuerpo, la cara, los labios y la boca.

La agresión física puede ser identificada por traumatismos dentales y lesiones en los tejidos blandos.

La situación de abandono dental corresponde a un tipo de negligencia y es por la falta voluntaria de los padres o tutores para buscar y seguir con el tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para una función adecuada, libre de dolor y de infección.

Mientras que el maltrato emocional o psicológico, es muy frecuente pero de difícil detección, y se manifiesta a través de amenazas, críticas desmedidas, desprecios,

burlas, insultos, hostilidad verbal, bloqueo de iniciativas, humillaciones, encierro, aislamiento, creación de falsas expectativas, chantajes y exigencias extremas.

Podríamos definir abuso como la introducción de cualquier actividad de connotación sexual no acorde a la edad y desarrollo del niño, niña y adolescente. De esta forma quedan incluidas múltiples actividades, desde la exposición a materiales visuales hasta actividades físicas. Tendríamos que diferenciar el abuso que se produce en el entorno de la víctima y por alguien de su confianza, del que ocurre fuera de él, al que denominamos atentado sexual y es perpetrado por un desconocido.

Para enfrentar este problema, se requiere un abordaje multidisciplinario e intersectorial, desde todos los niveles y en todos los ámbitos de atención a la infancia y la adolescencia.

Signos y Síntomas

Un niño que es víctima de maltrato puede tener sentimientos de culpa, vergüenza o confusión y tener miedo de decir a otros acerca del maltrato, especialmente si el perpetrador es uno de los padres, un familiar cercano o un amigo de la familia. Por ese motivo es tan importante prestar atención a las señales de alerta, entre ellas:

- Apartamiento de las amistades o las actividades habituales.
- Cambios de conducta, como agresividad, ira, hostilidad o hiperactividad, o cambios en el desempeño escolar.
- Depresión, ansiedad o miedos inusuales, o pérdida repentina de la confianza en sí mismo.
- Problemas para dormir y pesadillas.
- Falta aparente de supervisión.
- Ausencias frecuentes de la escuela.
- Comportamiento rebelde o desafiante.
- Autolesiones o intentos de suicidio.

Los signos y síntomas específicos dependen del tipo de maltrato y pueden variar.

Signos y síntomas de abuso físico

- Lesiones sin causa aparente, como moretones, quebraduras (fracturas) de los huesos o quemaduras.
- Lesiones que no son compatibles con la explicación proporcionada.
- Lesiones que no son compatibles con las habilidades del desarrollo del niño.

Signos y síntomas de abuso sexual

- Comportamiento o conocimiento sexual inapropiado para la edad del niño.
- Embarazo o infecciones de transmisión sexual.
- Dolor, sangrado o lesión genital o anal.
- Afirmación del niño de que ha sido víctima de un abuso sexual.
- Comportamiento sexual inapropiado con otros niños.

Signos y síntomas de maltrato emocional

- Desarrollo emocional tardío o inapropiado.
- Pérdida de la confianza en sí mismo o de la autoestima.
- Retraimiento social, pérdida del interés o el entusiasmo.
- Depresión.
- Evitar ciertas situaciones, como negarse a tomar el autobús escolar o ir a la escuela.
- Aparente búsqueda desesperada de afecto.
- Desempeño escolar deficiente o pérdida de interés en la escuela.
- Pérdida de habilidades de desarrollo previamente adquiridas.

Signos y síntomas de la negligencia

- Crecimiento insuficiente.
- Exceso de peso y complicaciones médicas que no se están tratando de la mejor manera.
- Mala higiene personal.
- Falta de ropa o suministros para satisfacer las necesidades físicas.
- Acumulación o robo de alimentos.
- Baja asistencia escolar.
- Falta de atención apropiada de problemas médicos, odontológicos o psicológicos o falta de atención necesaria de seguimiento.

Comportamiento parental

A veces, el comportamiento o la conducta de los padres envían señales de alerta sobre el maltrato infantil. Las señales de advertencia incluyen a un padre que hace lo siguiente:

- Muestra poca preocupación por el niño.
- Parece incapaz de reconocer el sufrimiento físico o emocional del niño.
- Culpa al niño por los problemas.
- Constantemente menosprecia o reprende al niño, y lo describe con términos negativos, como "inútil" o "malvado".
- Espera que el niño le brinde atención y cuidado, y parece estar celoso de que otros miembros de la familia reciban atención del niño.

- Ejerce una disciplina física dura.
- Exige un nivel inadecuado de rendimiento físico o académico.
- Limita duramente el contacto del niño con los demás.
- Ofrece explicaciones conflictivas o no convincentes para las lesiones del niño o no ofrece ninguna explicación en absoluto.
- Repetidamente lleva al niño para que le hagan evaluaciones médicas o solicita pruebas médicas, como radiografías y análisis de laboratorio, por cuestiones no detectadas durante el examen del proveedor de atención médica.

Castigo físico

Los expertos en salud infantil condenan el uso de la violencia en todas sus formas, pero algunas personas siguen utilizando el castigo corporal, como una manera de disciplinar a los hijos.

Además, el castigo físico, puede estar vinculado a problemas de salud mental, las relaciones difíciles con los padres, la autoestima baja y el desempeño académico inferior.

Cualquier castigo corporal puede dejar cicatrices emocionales. Los comportamientos de los padres que causan dolor, lesiones físicas o traumas emocionales, incluso cuando estos tienen lugar en nombre de la disciplina, pueden ser casos de abuso infantil.

Aspectos legales

El Marco Jurídico de referencia parte de la Constitución Nacional, de los tratados que se incorporaron como ley suprema y de sucesivas leyes nacionales, provinciales.

La adhesión y ratificación de nuestro país a la “Convención de los Derechos del Niño”, primer tratado internacional que reconoce al niño como “sujeto de derecho” y responsabiliza al Estado como garante para el ejercicio de los mismos, trae como consecuencia la implicancia de políticas públicas orientadas a tal fin, en consonancia plena con lo que la comunidad internacional establece.

De este modo, las nuevas leyes de la Infancia: (Ley Nacional N° 26.061 y Ley Provincial N°12.967), protegen los derechos del niño y del adolescente, colocándolos como “sujeto de derecho” y no como “incapaces a los que hay que proteger”.

La Ley Nacional 26.061, crea el nuevo sistema de protección integral de los derechos de la Niños Niñas y Adolescentes en el ámbito territorial del país, y pone

en funcionamiento los organismos y modos de intervención ante la vulneración de estos derechos.

A nivel provincial, este sistema se complementa con la Constitución de la Provincia de Santa Fe y con la ya sancionada Ley Provincial 12.967 del año 2009.

Por su parte, la justicia, ha aportado directrices emanadas por el Concejo Económico y Social de la O.N.U., orientadas a cómo deben abordarse los asuntos concernientes a los niños, niñas adolescentes víctimas y testigos de delitos.

En este contexto, resultan de plena aplicación las “Reglas de Brasilia” sobre accesos a la justicia de las personas en condiciones de vulnerabilidad.

Desde el punto de vista procesal, se cuenta con el Código Procesal Penal de la Provincia de Santa Fe, la ley del Ministerio Público y la Resolución de la Defensoría General. (Suarez, M E, 2019).

Con respecto a las responsabilidades legales es importante recordar que dentro de las obligaciones de los funcionarios públicos se encuentra la de denunciar los hechos que revisten carácter de delito. Así, cada funcionario deberá denunciar ante el Ministerio Público o ante la policía con la debida prontitud.

OBJETIVOS

1. Analizar las consultas efectuadas en un Centro de Salud y evaluar las Lesiones Intencionales (Maltrato Infantil) de las Lesiones No Intencionales en la población pediátrica menor de 15 años.
2. Indagar sobre la percepción y las prácticas de las y los profesionales de salud en relación a las Lesiones Intencionales (Maltrato Infantil) en niños/as y adolescentes.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos se efectuó un estudio descriptivo constituido por dos momentos:

1. Un análisis efectuado en 42 pacientes menores de 15 años, de ambos sexos dentro de la población pediátrica, durante los primeros seis meses de la pandemia.

Dichos pacientes eran menores de 15 años de edad, de ambos sexos que consultaron por LESIONES intencionales y no intencionales al Centro de Salud N° 94 “Empalme Graneros” durante el período abril- septiembre de 2020.

Para esta selección se utilizaron las planillas de Registro Diario y Reportes del Sistema de Atención Primaria – SICAP – además de las Historias clínicas familiares e individuales de pacientes. Se seleccionó el Motivo de Consulta²: reagrupado por Tipo de lesión considerando:

(a) Traumatismos: se incluyó contusiones, heridas, esguinces, luxaciones, fracturas.

(b) Quemaduras: las causadas por el calor, radiación, electricidad, fricción o por el contacto con productos químicos.

(c) Mordeduras y Picaduras: de animales (perro y gato) y picaduras de arañas, alacranes y otros no identificados.

(d) Asfixia / Atragantamiento: por la entrada de un cuerpo extraño en las vías respiratorias.

(e) Ahogamiento.

(h) Intoxicaciones.

(i) Maltrato Infantil.

Además, se registró la existencia de Secuelas; de Accidentes previos: por fuera del período en estudio; Accidentes de otros convivientes; Edad del cuidador y su Vínculo.

2. En este segundo momento se efectuaron encuestas semiestructuradas, a través de un cuestionario (diseñado ad hoc- ANEXO 1), a todos los integrantes del equipo de salud y a los cuidadores de los niños/as y adolescentes que consultaron en dicho periodo previa firma de consentimiento informado y guardando el criterio de confidencialidad.

². Diagnóstico consignado por el profesional en Sistema de Atención Primaria (S.I.C.A.P.),

Se explicó previamente a todos los participantes el carácter voluntario y anónimo de su participación en este trabajo y se los invitó a firmar un consentimiento informado para resguardar sus datos.

Contexto Temporal: Pandemia mundial y sus implicancias en el sistema de salud

Las enfermedades siempre han formado parte de la historia de la humanidad, en ocasiones de manera protagónica. Así, diferentes pandemias han transformado las sociedades en las que aparecieron e influyeron decisivamente en el curso de la historia. (Archivos argentinos de pediatría, 2020)

El 31 de diciembre de 2019, China notificó la detección de casos de neumonía por un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2, y los primeros casos ocurrieron en un mercado de la ciudad de Wuhan, transformándose así en el epicentro del brote que luego se extendió a todo el mundo. Fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una emergencia de salud pública mundial, y en marzo de 2020, finalmente se declaró el estado de pandemia. (PRONAP, 2021).

La pandemia produjo un fuerte impacto en nuestro país, provincia, ciudad y en el barrio o comunidad en estudio.

Contexto espacial del Estudio: Centro de Salud N°94 “Empalme Graneros” de la ciudad de Rosario

El Centro de Salud N°94 está ubicado en el Barrio Empalme Graneros que limita al norte con la Avenida Sorrento, al sur con los Barrios Belgrano y Ludueña separado por las vías del ferrocarril Mitre y calle Junín respectivamente, al este con el Barrio Industrial, Lisandro de la Torre y Sarmiento a través de las vías del Ferrocarril Belgrano, y al oeste con el Barrio Larrea y Fisherton Industrial separado por Av. Provincias Unidas.

El Centro de Salud funciona brindando atención a una población vulnerable de origen heterogéneo donde conviven tres grandes comunidades:

- **Comunidad QOM**, llegada al barrio en la década de los '90 en trenes de carga provenientes del Gran Chaco;
- **Comunidad Criolla**, constituida por rosarinos y otros provenientes de otras provincias, que llegan para trabajar en la construcción y,
- **Comunidad de Extranjeros**, en su mayoría de origen de Paraguay.

Es frecuente que muchos de los habitantes del barrio emigren hacia y desde su lugar de origen (Provincia de Chaco en Argentina y ciudades de Paraguay) de forma

constante, pero en este último período se vio ampliamente modificado por las disposiciones nacionales y provinciales sobre la circulación por dicha pandemia.

Al poseer una conducta nómada, no hay cifras exactas sobre la totalidad de las familias que se encuentran en el barrio, muchas veces presentan adscripciones en diferentes centros de la zona. En esta región hay dos escuelas correspondientes al Nivel Inicial y Primaria juntas, cuatro Primarias exclusivas y otra Secundaria pública, una de las escuelas primarias es bilingüe. Además, se cuenta con comedores escolares y comedores barriales.

Las calles no se encuentran pavimentadas, son de tierra con zanjas abiertas, tendidos eléctricos precarios e irregulares, con basurales a cielo abierto y mal acceso al servicio público de pasajeros.

El Centro de Salud que funciona en el barrio desde el año 2018 con derivaciones directas a niveles de atención de mayor complejidad. Cuenta con personal administrativo, técnico en farmacia, y de servicios generales. En cuanto al equipo de salud posee enfermeras, médicas generalistas, pediatra, odontóloga, trabajadora social y psicóloga y psiquiatra.

Está ediliciamente organizado con una oficina de administración, la cual cuenta con archivo de historias clínicas, tres consultorios médicos, un consultorio odontológico, sala de enfermería, farmacia, un salón de usos múltiples, ahora ambientado y dividido para la evaluación de pacientes respiratorios/febriles tanto adultos como población pediátrica, en el marco de la pandemia COVID-19, una sala para el personal, sala de espera, baños públicos y privados.

Pediatría se encuentra abocada a la atención de recién nacidos, niñas, niños y adolescentes (entre 0 a 14 años), en el acompañamiento en salud, seguimiento de patologías de baja, mediana y alta complejidad.

Se trabaja en forma inter disciplinar con diferentes especialidades y en red con efectores de 2º y 3º nivel de atención.

RESULTADOS

Primer momento:

En el primer momento de la recolección de datos se analizaron las características generales que presentaron las lesiones en la población estudiada, a través del S.I.C.A.P., historias clínicas y motivos de consulta.

Durante el período abril - septiembre del 2020, se realizaron un total de 4.450 consultas y prestaciones de atención de la población en general, de las cuales 2.920 corresponden a mayores de 15 años de edad, que representan el 65,6% y 1.530 fueron exclusivamente niñas, niños y adolescentes menores de 15 años de edad, que hacen a un total de 34,4%.

De las 1.530 consultas y prestaciones pediátricas de menores de 15 años de edad; 42 consultas (3%) fueron por lesiones.

De los 42 pacientes analizados, 24 (59%) pertenecen al sexo masculino y 18 (41%) al femenino, resultando, la población masculina como más vulnerable a las lesiones.

De acuerdo con la distribución etaria, la población pediátrica que realizó la mayor cantidad de las consultas y prestaciones fue la correspondiente al grupo de 2 a 4 años, representando un 55% del total. Luego, en menor porcentaje siguieron los grupos de 5 a 9 años y el de 10 a 14 años, representando cada uno de estos grupos un 20% de las consultas.

Por último, se encuentra el grupo etario de 1 año, el cual solo presenta 2 consultas durante el periodo de estudio, representando un 5% de las consultas totales. Cabe destacar que el grupo menor de 1 año no realizó consulta en el periodo de abril a septiembre de 2020. (Gráfico 1)

En el Grafico 2 se observa la distribución de frecuencias en cuanto a sexo y edad, con predominio del sexo masculino en todas las edades. En ambos gráficos se pone en evidencia que para Niños, Niñas y Adolescentes, el grupo etario de mayor riesgo para lesiones es de 2 a 4 años de edad.

Gráfico 1: Frecuencia de las consultas según grupo etario.

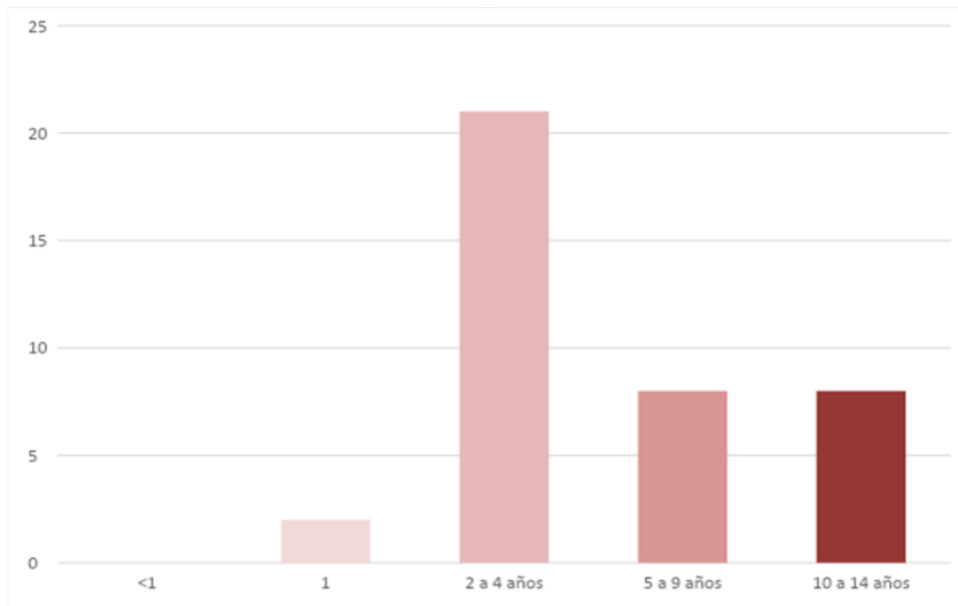
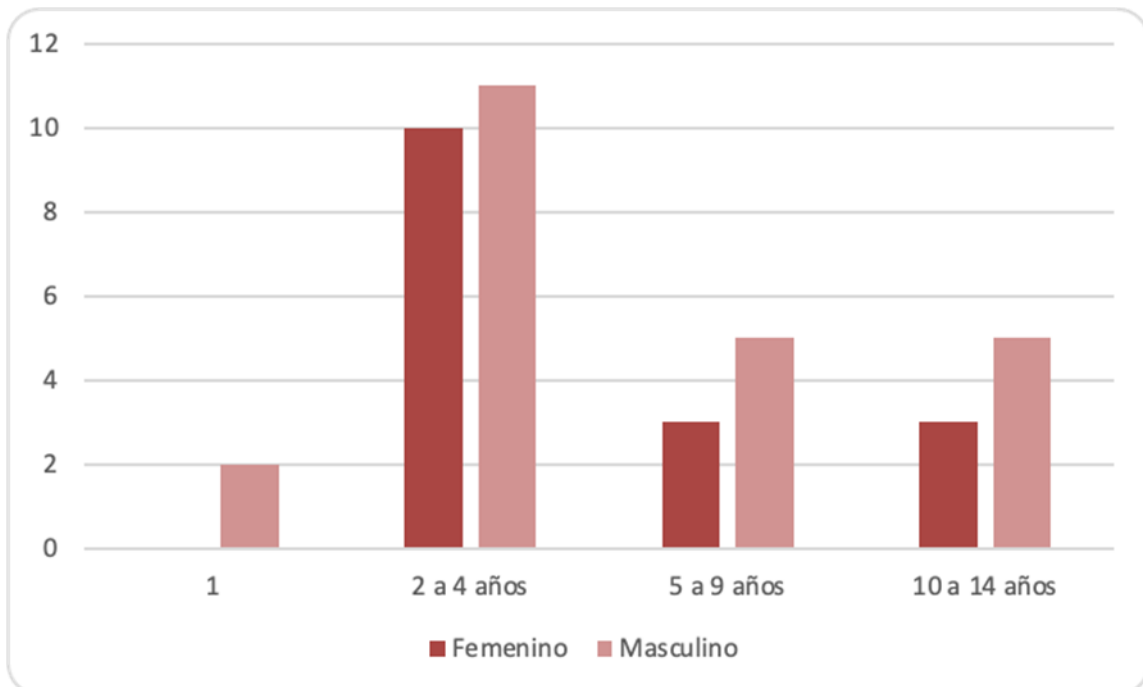


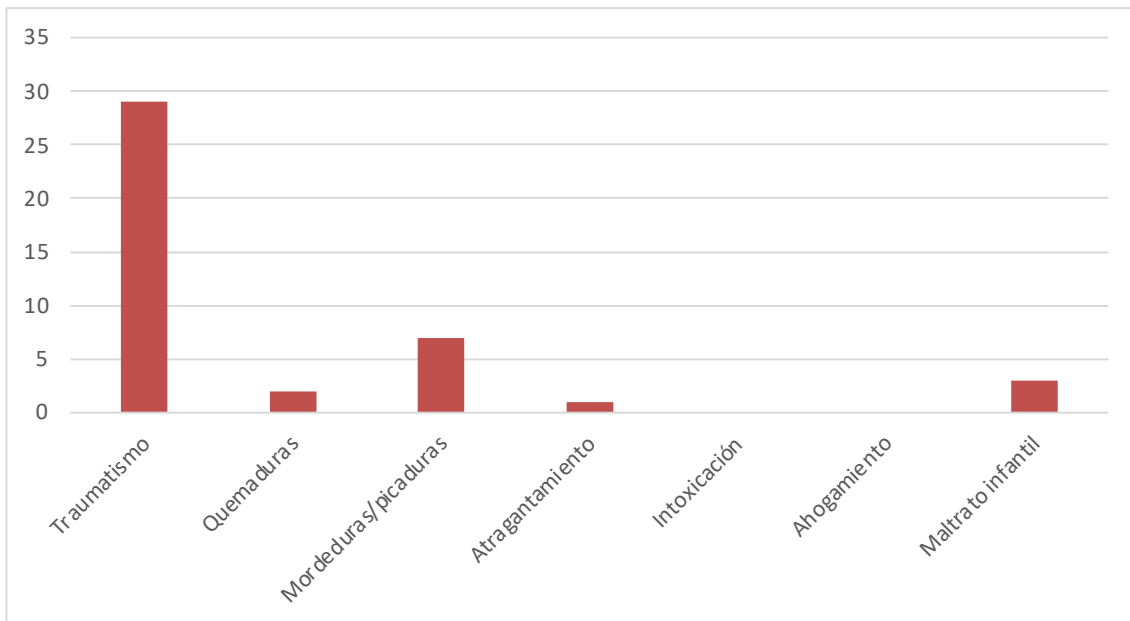
Gráfico 2: Distribución de frecuencia de pacientes según sexo y edad.



Las consultas de menores de 15 años de edad, fueron atendidas en un 97% de los casos, por el servicio de pediatría, mientras que el 3% de las consultas fueron realizadas a médicas generalistas.

Al analizar, los motivos de consulta, las lesiones, se halló que 38 pacientes consultaron por Lesiones No Intencionales. (Gráfico 3)

Gráfico 3: Frecuencia de consultas según clasificación del motivo de la consulta.



Se puede observar que las lesiones más importantes halladas fueron los traumatismos (74 %), conformados por traumatismos de cabeza y ojo, traumatismos de miembros superiores e inferiores, traumatismo no especificado y traumatismo de tórax.

Luego, la causa de mordeduras presentó 7 consultas (18% del total), donde 4 correspondieron a mordeduras caninas, 1 a mordedura felina y 3 a picaduras de insectos, 1 el vector es una araña, la otra es un alacrán y la tercera a insecto no identificado. Además, se registraron 2 quemaduras (5%) a causa de agua escaldada y, por último, 1 por atragantamiento por obstrucción de las vías aéreas por cuerpo extraño (3%). Todas estas agrupadas en Lesiones No Intencionales.

Fue importante hallar 3 casos por maltrato infantil, correspondientes a Lesiones Intencionales, en la medida en que permite detectar que los profesionales actuantes en la consulta pueden detectar este problema. No hubo registros para las causas de ahogamiento e intoxicaciones.

Segundo momento:

En el segundo momento, a partir de la encuesta administrada y completada por 24 profesionales, se buscó indagar acerca de la mirada de dichos profesionales, en la diferenciación que presentan las Lesiones Intencionales de las Lesiones No Intencionales.

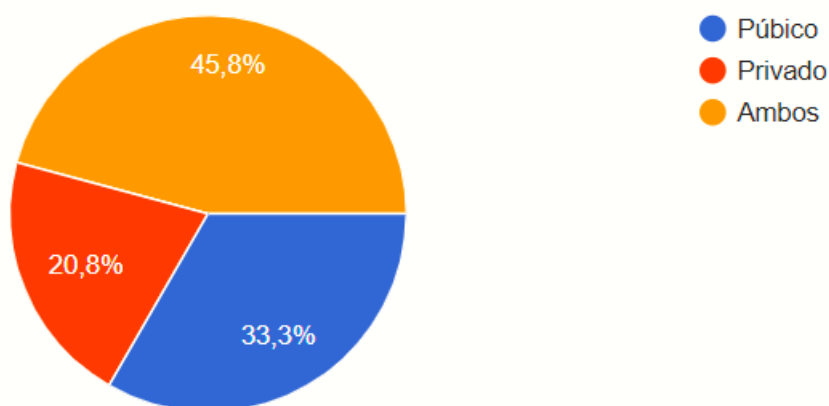
En ella se registró que el 41,7% de los encuestados, tuvo una edad de 30 a 39 años, y el 37,5% su edad fue entre 40 a 49 años. En tercer lugar, corresponde a un 8,3% de 20 a 29 años de edad y el resto fueron mayores de 50 años.

El 79,2 % de los profesionales realizó su formación de grado en el ámbito público y el 87,5% de los médicos y médicas poseen especialidad efectuada también en su mayoría en el espacio público.

El mayor porcentaje de médicos y médicas (70,8 %) refiere tener conocimientos y/o formación en Medicina Legal.

Al indagar sobre el espacio donde desempeñan su tarea más del 45 % lo hacen tanto en lugares públicos con privados. (Gráfico 4)

Gráfico 4: Ámbito donde se desempeña



Se consultó a los encuestados sobre cuál de las lesiones son más frecuentes en su práctica. El 79,2% de los mismos consideran que las lesiones no intencionales son las más frecuentes y el 58,3% entiende que el grupo etario más afectado a las lesiones es la primera infancia, seguido por los adolescentes.

Además, el 70,8% de los profesionales estiman que para todos los grupos etarios, el sexo masculino es el más vulnerable coincidiendo con lo hallado en el análisis de los registros e historias clínicas.

Ante la pregunta si el profesional una vez detectada la lesión indaga sobre el mecanismo de acción que la produjo, el 91,7% respondió afirmativamente y el resto 8,3% de los encuestados que optaron por la respuesta “No Sabe/No Contesta”.

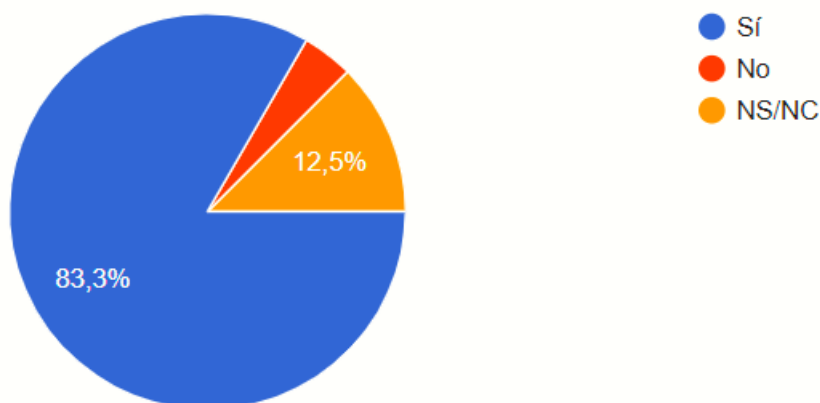
También el 95,8% de las y los encuestados refirió dejar asentado en la historia clínica la descripción de las lesiones y un 91,7% respondió que comunica al resto del equipo de trabajo haber estado frente a la sospecha y/o confirmación de un Maltrato Infantil.

Se resalta, además, que la mayoría de las y los médicos tratantes (95,8%) indaga sobre el vínculo respecto al niño, niña y/o adolescente que consulta del adulto que acompaña.

La mayoría de los niños, niñas y adolescentes se encontraba al cuidado de un adulto responsable al momento del evento, según preguntaron las y los médicos encuestados (62,5%), el 25% “No Sabe/No Contesta”, y solo un porcentaje menor, representado en el 12,5% efectuó la pregunta.

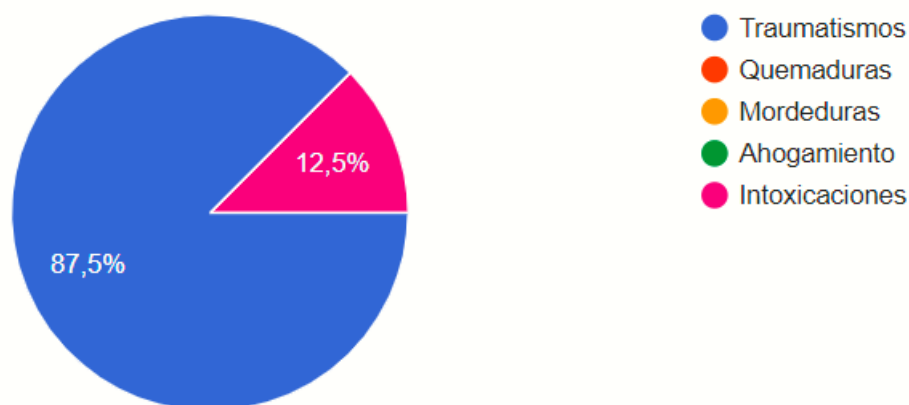
Para analizar la historia de las lesiones en el paciente se consultó si los profesionales a cargo de la consulta analizan esta situación. El 83,3% de las y los profesionales indaga sobre si es la primera vez que consulta por lesiones, al 12,5% “No Sabe/No Contesta”. (Gráfico 5)

Gráfico 5: Es la primera vez que consulta por lesiones



El 87,5% de las y los profesionales refieren, según su experiencia, que las lesiones atendidas, en general se deben a traumatismos y el 12,5% a intoxicaciones. (Gráfico 6)

Gráfico 6: Lesión más frecuente en la población que consulta, según su experiencia



Es de destacar que la totalidad de las y los profesionales consultados frente a la presencia de lesiones, piensa en Maltrato Infantil.

El 54,2% de los encuestados, respondió que lo recibe o evalúa en la guardia del hospital, el 16,7% en el centro de salud, el 12,5% en otros efectores.

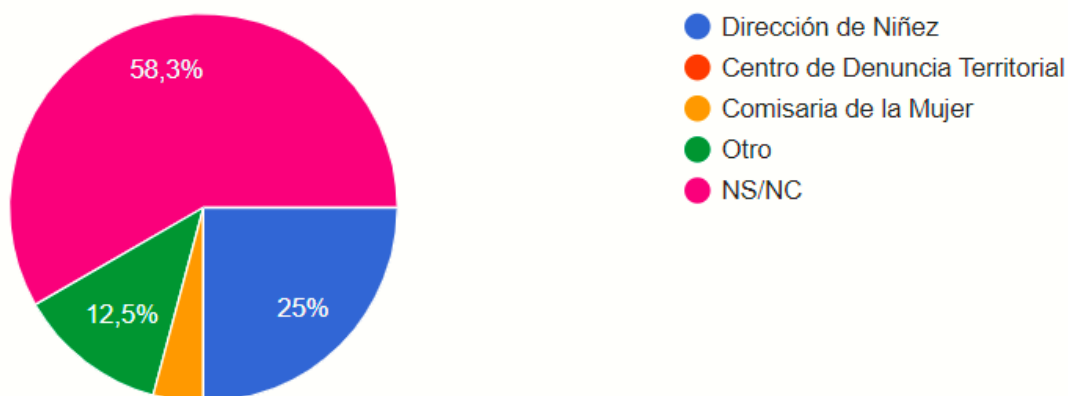
Por último, el 66,7% refirió conocer la ley, solo el 33,3% reconoce su desconocimiento sobre la ley.

Más de la mitad de los profesionales (el 58,3%) dijo haber participado en alguna consulta de Maltrato Infantil, el 37,5% no ha participado y solo el 4,2% "No Sabe/No Contesta".

Sin embargo, a pesar de reconocer la existencia de la ley, el 37,5% de los encuestados marcó: "No Sabe/No Contesta", cuando se le indagó si efectuó denuncia de la situación hallada; el 33,3% refirió NO haber realizado la denuncia y solo el 29,2% refirió SÍ haber hecho la denuncia.

El 58,3 % de las y los médicos “No Saben/No Contestan”, el 25% la realiza en la Dirección de Niñez, el 12,5% respondieron en “Otro” y el 4,2% en la Comisaría de la Mujer” (Gráfico 7)

Gráfico 7: Lugar donde dijo realizar la denuncia



En cuanto a la situación preventiva o de acompañamiento de lo sucedido, el 50% de las y los profesionales contestó que ha hablado o concientizado a la familia, el 41,7% “No Sabe/No Contesta”, y solo el 8,3% respondió NO.

CONCLUSIONES

Frente a lo analizado precedentemente el maltrato es un problema complejo y difícil de estudiar y analizar. Especialmente debido a los paradigmas imperantes en la definición de maltrato infantil utilizado; el tipo de maltrato infantil que se presenta; la cobertura y calidad de las estadísticas oficiales y la cobertura y calidad de las encuestas en que se pide información a las propias víctimas, a padres o a cuidadores.

Reconocer las características de las Lesiones intencionales que se presentaron en la población pediátrica menor de 15 años, en el Centro de Salud, en el período de la pandemia, y al analizar las percepciones y conductas de las y los médicos intervinientes presentó algunas aristas que requieren mayor profundización en un futuro.

Cabe destacar que el período analizado, atravesado por una pandemia, donde la modalidad de trabajo y las consultas médicas sufrieron modificaciones significativas tales como la reducción de consultas médicas diversas, los turnos programados, incluyendo desde los acompañamientos en salud a seguimientos de patologías, consultas tardías por miedo al contagio de SARS-CoV-2, la falta de insumos y la implementación de nuevas medidas de bioseguridad, sumados al cambio de dinámica de la circulación de la población consultante, hicieron atípico el desarrollo habitual de la atención.

En casos de maltrato, las lesiones, con frecuencia, se presentan combinadas, demostrando la necesidad de encontrarse atento y analizar la historia de la lesión y sus contextos. Dejar en la Historia clínica las descripciones y los hallazgos son de valor inestimable para realizar diagnósticos más certeros en este tipo de lesiones.

Es fundamental su registro ya que actualmente los datos son escasos, incompletos o inexactos, y sólo se consigna el síntoma sin investigar las causas, además, tener presente y no descartar las lesiones intencionales, vinculadas estrechamente con el maltrato infantil, especialmente los factores relacionados con la negligencia.

En la bibliografía se encuentran estudios e investigadores dieron cuenta de que el 80 % de los traumas de cráneos en los lactantes y niños, así como el 30 % de los traumas abdominales se correspondieron al diagnóstico de maltrato. En este estudio solo 42 consultas (3%) fueron por Lesiones consideradas no intencionales, pero con presencia especialmente de lesiones por traumatismos y de éstos casos se detectaron 3 pacientes como lesiones en la categoría Intencionales. Este escaso número podría deberse también la falta de profundización en el análisis de los casos por traumatismo o por una escasa precisión de datos en su registro y recolección.

A la luz de los datos expuestos anteriormente para definir de qué tipo de lesión se trata, se requiere el acompañamiento de hallazgos radiológicos específicos de las lesiones y que son de vital importancia, teniendo en cuenta que las localizaciones más comunes de lesiones intencionales son antebrazo, tronco, lados de la cadera, orejas, cuellos, genitales, nalgas, palma de manos y planta de pies.

El médico asistencial, que recibe al paciente, en este estudio admitió pensar en el maltrato, intentar construir una historia de la lesión, pero sin embargo el 33,3 % de los profesionales dijeron no haber hecho la denuncia del caso y el 37,5 % contestó evasivamente (no sabe /no responde).

En esta línea de prevención, recientemente (3/5/23), se promulgó la ley 27709 – Ley LUCIO - que tiene por objetivo crear el Plan Federal de capacitación de carácter continuo, permanente y obligatorio, en derechos de los niñas, niños y adolescentes, donde a su vez reitera el deber de comunicar una vulneración o amenaza de derechos y el deber de recibir y tramitar una denuncia por parte del funcionario público, conforme lo establecido en los artículos 30 y 31 de las leyes 26.061 y 27.455.

Se destaca que en este trabajo se hallaron tres 3 casos sobre consultas por Lesiones Intencionales (Maltrato Infantil) debidas a violencia doméstica, intrafamiliar. Pero en las mismas se hizo dificultoso su rastreo mediante el SICAP, dado que no se encuentran registrados adecuadamente.

Al momento del evento, todos los casos en los que se diagnosticó una lesión se encontraban al cuidado de adultos mayores lo cual pone de manifiesto la necesidad de destacar que la supervisión de los pequeños debe ser constante, adecuada y en un ambiente seguro.

Las Lesiones mal llamadas accidentes, son previsibles, prevenibles y evitables en su gran mayoría, tradicionalmente ha existido una falta de atención hacia ellas como un problema de Salud Pública. Esto es, en parte atribuible a la concepción de que son consecuencia de la suerte, el azar o el destino. Estas connotaciones han impregnado el pensamiento y las acciones hasta el punto en que no se ha considerado una problemática importante a la hora de planificar acciones de prevención.

Estas lesiones en la población pediátrica son una importante causa de morbilidad y mortalidad en nuestro país, provincia, ciudad y en el barrio donde se realizó el presente trabajo, no escapa a dicha problemática. Su abordaje requiere un enfoque integral con políticas de prevención y manejo de víctimas en nivel pre hospitalario y hospitalario. Además, al incorporar la mirada inter disciplinar, la participación del médico legista es de suma importancia, por ser el especialista capacitado para

estudiar las lesiones intencionales – maltrato infantil - en la comunidad, lo que permitiría visibilizar la variable intencional, para intervenir oportunamente y evitar sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso E, Ramírez M (2010). Aspectos médico legales del síndrome del menor agredido (Legal-Medical Aspects of the Battered Child Syndrome). Acta méd. costarric. 52 (4): 203 – 210.

Archivos Argentinos de Pediatría. (2020). Suplemento COVID-19. Publicación oficial de la Asociación Argentina de Pediatría.

Boggiano E, Andrade M, Marotta C, Mouesca J.P. (2010) Manual breve para la supervisión de niños, niñas y adolescentes. FUNDASAP Ediciones.

Bosque, L. y Neira, J. (2001). El término accidente. Rev. Hosp.de Niños Bs. Aires.

Cano J. (2010). Violencia doméstica. Abordaje en el primer nivel de atención. Enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual. Archivos de Pediatría del Uruguay, 81 (3): 192-194.

Cantalapiedra Torres A. (2016) ¿Accidente o maltrato? Una pregunta de actualidad. RevMéd Electrón [Internet]. 38(6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2061>

Cifuentes-Harris C, Contreras-Reyes C, Torres MA, Gonzales-Alegría S. (2020). Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat. 14 (.2) <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000200160>

Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, noviembre de 1989.

Daviss WB, Mooney D., Racusin, D., Ford, JD., Fleischer, U., McHugo, GJ. (2000). Predecir el estrés postraumático después de la hospitalización por lesión pediátrica. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10802975/>

Fundación Argentina de Pediatría. (2012). Manual de Prevención de Lesiones. FUNDASAP ediciones.

Giovanini M, Bertone V, Armando A, Aymo O, Taborda P, Peralta V, Chávez y Morelli A. (2020). Lesiones no intencionales en el hogar durante la Pandemia de Covid-19 en población pediátrica.

Hernández y otros. (2008). Accidentes en el hogar de la población pediátrica registrada en los ambulatorios urbanos e instituto autónomo hospital universitario de los andes. Academia. Vol. VII.

Ley Nacional N° 27709. Ley Lucio, 2023

Loredo-Abdalá A, Casas-Muñoz A, Cerezo-Cantú V, Carballido-Moreno OG, Ordoñez-

Franco NA. (2020). Maltrato infantil: la neurobiología, estrategia de estudio para el siglo XXI. Acta Pediatr Mex 41(4): 165-177. <http://dx.doi.org/10.18233/APM41No4pp165-1771883>

Malamud, B. (2001). Ponencia en Mesa Redonda: Accidentes. Primera causa de muerte de niños, adolescentes y jóvenes. Cómo lograr cambios. 2° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. (2018). Análisis de situación de salud: República Argentina.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Informe mundial sobre la prevención de lesiones en los niños.

Prevención Integral. (2016). William Haddon: La metodología investigadora y preventiva. <https://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/lideres-en-seguridad-vial/2016/07/07/william-haddon-metodologia-investigadora-preventiva>

PRONAP. (2021). Programa Nacional de Actualización pediátrica. Módulo 2. COVID-19: desafíos para la pediatría.

Real Academia de la lengua Española (RAE). (1992). Diccionario de la lengua española.

Sociedad Argentina de Pediatría, FUNDASAP. (2010). Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes. Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria.

Suarez, M E, (2019). "Abuso sexual infantil: seguido de muerte".

Tolentino K. (2020). Maltrato infantil y discursos científicos: individualización, familiarización y a-institucionalización de la violencia. Integración Académica en Psicología. 8, (24): 99-113.

UNICEF. (2017). Programa Nacional de la Salud Integral en la Adolescencia, MSAL – UNICEF.

Waisman I, Nuñez J. M, Sanchez, J. (2000). Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo.

ANEXOS

Anexo N°1: Consentimiento informado a médicos y médicas pediatras

Ud. está siendo invitado/a a participar en un trabajo de investigación sobre “EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE EL RELATO DEL ACOMPAÑANTE Y LESIONES OBJETIVABLES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MENOR A 15 AÑOS, QUE CONSULTAN AL CENTRO DE SALUD N°94 EMPALME GRANEROS DE LA CIUDAD DE ROSARIO, DURANTE EL PERÍODO ABRIL-SEPTIEMBRE DE 2020.” Esta investigación es realizada por una estudiante de la carrera de postgrado de especialización en Medicina Legal y Forense.

Los derechos con los que cuenta por su participación incluyen:

ANONIMATO: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

INTEGRIDAD: Ninguna de las preguntas son perjudiciales ni intimidatorias.

PARTICIPACIÓN VOLUNTAD: Tiene el derecho de abstenerse de participar.

En función de lo leído: ¿Desea participar? SÍ NO

Anexo N°2: Encuesta a las y los médicos pediatras

1. EDAD			
	Entre 20 y 29 años		
	Entre 30 y 39 años		
	Entre 40 y 49 años		
	Entre 50 y 59 años		
	Más de 60 años		
2. LUGAR DE FORMACIÓN:			
	Público		
	Privado		
3. LUGAR DE FORMACIÓN DE ESPECIALIDAD:			
	Público		
	Privado		
4. ¿TIENE CONOCIMIENTO Y/O FORMACIÓN EN MEDICINA LEGAL?		SÍ	NO
5. ÁMBITO LABORAL DONDE SE DESEMPEÑA:			
	Público		
	Privado		
	Ambos		
6. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, ¿QUÉ CONSIDERA MÁS FRECUENTE?			
	Lesiones No Intencionales		
	Lesiones Intencionales		
7. SEGÚN SU TRAYECTORIA, ¿QUÉ GRUPO ETAREO CONSIDERA MÁS AFECTADO?			
	Recién Nacidos/ Lactantes		
	1°Infancia		
	2°Infancia		
	Adolescentes		
	Todas las anteriores		

8. Y ¿qué sexo?	Masculino				
	Femenino				
9. ¿Indaga sobre el MECANISMO DE ACCIÓN?	SÍ	NO	Ns/Nc		
10. ¿DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLÍNICA?	SÍ	NO	Ns/Nc		
11. ¿INFORMA AL RSTO DEL EQUIPO DE SALUD?	SÍ	NO	Ns/Nc		
12. RESPECTO AL ACOMPAÑANTE, ¿INDAGA SOBRE EL VÍNCULO CON EL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE?	SI	NO	Ns/Nc		
13. LO CUIDABA AL MOMENTO DEL EVENTO	SI	NO	NS/Nc		
14. EDAD DEL CUIDADOR	SI	NO	Ns/Nc		
15. RESPECTO AL NIÑO, NIÑA y ADOLESCENTE QUE CONSULTA, ¿PREGUNTA SÍ ES LA PRIMERA VEZ?	SI	NO	Ns/Nc		
16. SEGÚN SU EXPERIENCIA, ¿CUÁL CONSIDERA Ud. LA LESIÓN MÁS FRECUENTE EN LA POBLACIÓN QUE CONSULTA?					
	QUEMADURAS				
	MORDEDURAS				
	AHOGAMIENTO				
	INTOXICACIONES				
	TRAUMATISMO				
17. ANTE LA CONSULTA POR LESIÓN Ud., ¿TIENE PRESENTE EL MALTRATO?	SÍ		NO		
18. ¿DÓNDE RECIBE Y EVALÚA Ud. POR PRIMERA VEZ?					
	Guardia de Hospital				
	Guardia de Sanatorio o Clínica				
	Centro de Salud				
	Consultorio Privado/Particular				
	Otros				
19. TIENE CONOCIMIENTO DE LA LEY	SÍ	N	Ns/ Nc		
20. Ud. ¿HA PARTICIPADO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTAS POR MALTRATO INFANTIL?	SÍ	N	Ns/ Nc		

21. SI SU RESPUESTA ES SI, Ud., ¿REALIZÓ LA DENUNCIA?	SÍ	NO	Ns/Nc	
22. ¿DÓNDE?				
	DIRECCIÓN DE NIÑEZ			
	CENTRO DE DENUNCIA TERRITORIAL			
	COMISARIA DE LA MUJER			
	OTRO			
	NS/NC			
21. ¿CONCIENTIZÓ A LA FAMILIA?	SÍ	NO	Ns/ Nc	
22. ¿INFORMA AL RESTO DEL EQUIPO DE SALUD?	SÍ	NO	Ns/ Nc	

Anexo N°3: Encuesta a los cuidadores

1. ¿Por qué accidente consultó el niño, niña o adolescente?			
2. ¿Edad?			
3. ¿Sexo?			
4. ¿Dónde realizó la PRIMERA consulta?			
GUARDIA DEL HOSPITAL			
CENTRO DE SALUD “EMPALME GRANEROS”			
SERVICIO DE SALUD			
5. ¿El seguimiento posterior lo realizó en este Centro de Salud?			
SI			
NO ¿Por qué?			
7. ¿Tuvo otros accidentes?	SÍ		NO
8. Si su respuesta es SÍ, ¿siempre consultó?	SÍ		
	NO		
	A VECES		
11. ¿Qué edad tiene el/la cuidador/a?			
12. ¿Qué vínculo tiene el cuidador/a con el niño, niña, adolescente por el cual realizó la consulta?			
PADRES			
TÍOS			
ABUELOS			
HERMANOS			
NIÑERA			