



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL**

“Plan integral de prevención y atención de maltrato infantil en los niños menores de 10 años que acuden al servicio de pediatría en el Hospital de Yaruquí, período 2010”.

Trabajo de fin de carrera previo la obtención del Título de Magíster en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local.

Autora:
Rosario Vaca Vásquez, Dra.

Tutora:
María del Carmen Piedra, Dra.

LOJA – ECUADOR

2012

Certificación

Doctora.

María del Carmen Piedra.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado “Plan integral de prevención y atención de maltrato infantil en los niños menores de 10 años que acuden al Hospital de Yaruquí, período 2010” realizado por el profesional en formación: Rosario Vaca Vásquez, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, Julio del 2012

f).....

Dra. María del Carmen Piedra

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad del autor.

(f) _____

Dra. Rosario Vaca Vásquez.

Cesión de Derechos

“Yo, Dra. Rosario Vaca Vásquez, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 de Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Loja, Julio del 2012

(f) _____

Dra. Rosario Vaca Vásquez.

1103308142

DEDICATORIA

A mi familia que siempre ha estado junto a mí, brindándome todo su cariño y comprensión, de forma especial a mi esposo Luis Torres Suquilanda por su apoyo incondicional; a mis queridas hijas María José, Daniela Patricia y Paula Valentina quienes con su amor y alegría me llenan cada instante de fortaleza para alcanzar los proyectos trazados en mi vida.

Rosario.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a quienes de una u otra manera colaboraron en el desarrollo de la presente investigación: a la Universidad Técnica Particular de Loja, a la Dra. María del Carmen Piedra tutora de la Maestría en Gerencia en Salud de la UTPL, a los directivos y personal que labora en el Hospital de Yaruquí, especialmente al Dr. Humberto Castillo, director de esta casa de salud, por su apoyo incondicional en mi formación profesional y humana, quienes permitieron alcanzar con éxito la realización de este trabajo investigativo.

La Autora

ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES

	PÁGINAS
Población del Área de Salud No. 14 del MSP por Parroquias al 2010	28
Organización Administrativa	30
Servicios de Salud por Grupos Etarios	33
Principales Causas de Morbilidad en el Servicio de Enfermería del Hospital Alberto Correa Cornejo	34
Factores de Riesgo del Maltrato Infantil	38
Maltrato Infantil	39
Diseño Metodológico	53
Árbol de Problemas	54
Árbol de Objetivos	55
Matriz metodológica	58
Matriz del Plan de Capacitación sobre Maltrato Infantil para madres y padres que acuden al Hospital de Yaruquí 2010	62
Hoja de Atención de Maltrato Infantil	122
Codificación según CIE 10	125
Control de cumplimiento de Actividades del Plan	139
Anexo I	
Capacitación a la Comunidad en el Hospital de Yaruquí	151
Anexo II	
Evaluación sobre Maltrato infantil en el Hospital de Yaruquí	153
Anexo III	
Encuesta de Evaluación de Capacitación sobre Maltrato Infantil	158
Anexo IV	
Capacitación a la Comunidad en la Sala Comunal sobre Maltrato Infantil	159

Anexo V	
Conformación del Grupo de Apoyo en el Hospital de Yaruquí	161
ANEXO VI	
Socialización y Evaluación de Protocolos	162
Anexo VII	
Solicitud al Director del Hospital de Yaruquí	163
Anexo VIII	
Desarrollo del Plan de Prevención y Recolección de datos	164
Anexo IX	
Socialización del Plan de Prevención del Maltrato Infantil con el Personal del Hospital de Yaruquí	165

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	PÁGINAS
Carátula:	i
Certificación:	ii
Autoría:	iii
Cesión de Derecho:	iv
Dedicatoria:	v
Agradecimiento:	vi
Índice:	vii
APARTADOS	
Resumen:	1
Abstract:	3
Introducción:	5
Problematización:	10
Justificación:	15
Objetivos:	18
Marco Teórico:	20
Marco Metodológico :	76
Resultados:	83
Conclusiones:	148
Recomendaciones:	151
Bibliografía:	154
Anexos:	161

RESUMEN

El Hospital Alberto Correa Cornejo, está ubicado en la Parroquia Yaruquí (cantón Quito), y pertenece al Área de Salud N° 14, situada en el noroccidente de Quito, es un hospital de segundo nivel que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización.

Este estudio tiene como objeto implementar un Plan de prevención de maltrato infantil en niños menores de 10 años que acuden al Hospital de Yaruquí, el cual se basó en la capacitación a 300 padres de familia a través de talleres, encontrándose que el 61% pueden diferenciar entre corregir y maltratar, el 90% de los niños han sufrido algún tipo de agresión, el 40% tienen una familia organizada, el 85% presentan ingresos económicos que no cubren la canasta básica familiar, y el 90% de los niños están al cuidado directo de su madre. Al finalizar los talleres el 90-95% se encuentran capacitados. Se entregó afiches informativos y guías.

Se formó grupos de apoyo encargados de la atención primaria a 40 casos detectados y se actualizó protocolos de manejo para facilitar el abordaje terapéutico y disminuir la incidencia de maltrato infantil.

ABSTRACT

Alberto Correa Cornejo Hospital is located in the Parish Yaruquí (Canton Quito), and belongs to the Health Area No. 14, located in the north west of Quito, is a secondary hospital providing out patient care emergency and hospitalization.

This study aims to implement a plan to prevent child abuse in children under 10 attending the Yaruquí Hospital, which was based on training to 300 parents through workshops, found that 61% can differentiate between correct and abuse, 90% of children have suffered some form of aggression, 40% had a family organized, 85% have incomes that do not cover the basic food basket, and 90% of children are the direct care of his mother. At the end of the workshops 90-95% are trained. He gave information leaflets and guides.

Formed support groups in charge of primary and 40 cases detected and updated management protocols to facilitate the therapeutic approach and reduce the incidence of child abuse.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema de salud pública, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, integro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.¹

Las siguientes cifras son reales de lo que sucede en el mundo, hacer conciencia y tomar las acciones adecuadas, para que en conjunto, podamos disminuir estos datos: 149 millones de niños están desnutridos (1 niño muere en el mundo cada 7 segundos por hambre), 11 millones mueren por causas evitables, 100 millones no van a la escuela debido a la pobreza, la discriminación o falta de recursos, 1,4 millones de niños menores de 15 años tiene SIDA (4,3 millones han muerto por esta enfermedad y 13 millones son huérfanos por ello). 250 millones, entre 4 y 5 años, son explotados laboralmente. 300.000 luchan activamente en conflictos armados. 2 millones murieron entre 1990 y 2000 por conflictos armados, 6 millones sufrieron heridas o quedaron impedidos, 12 perdieron su hogar y más de un millón son huérfanos de guerra.²

Con la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño por parte de las Naciones Unidas en el año 1989, se produjo una profunda transformación de la condición jurídica de la infancia. Un cambio extraordinario se operó a nivel normativo: el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos y por lo tanto capaces de ejercer cada uno de estos de acuerdo a la evolución de sus facultades.³

¹Organización Panamericana de la Salud, W.(2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588.

²Moreno, C. (2006). Prevención del Maltrato Infantil en la Familia: Programa de Sensibilización Escolar (9-12). Madrid. 24-28

³Soriano. F J (2005). Prevención y Detección del Maltrato Infantil. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. 39-44

La Ley contra la violencia a la mujer y la familia, en la que se define a la violencia intrafamiliar como "toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar". Esta Ley considera como miembros del núcleo familiar a los cónyuges, ascendientes, descendientes, hermanos y parientes hasta el segundo grado de afinidad.⁴

En Ecuador el maltrato infantil constituye un tema de interés creciente, lo que ha motivado el surgimiento de diversas iniciativas en ámbitos diversos, que incluyen aspectos legales, sociales, médicos - asistenciales y psicológicos entre otros.

Actualmente es muy difícil tener datos de la prevalencia del maltrato infantil, ya que solo se conocen datos parciales de casos que llegan a los hospitales y al juzgado de menores, los cuales por lo general, son de extremo gravedad.

El presente trabajo se trata de prevenir el MI en el área 14, específicamente en niños menores de 10 años que acuden al Hospital de Yaruquí así como su detección oportuna lo cual disminuirá directamente la prevalencia de MI en este sector durante el 2010, para lo cual se realizó encuestas sobre el conocimiento de MI, se identificó casos, se realizó campañas de prevención a través de talleres de capacitación e información sobre este tema no sólo en el hospital dirigido a la comunidad, sino también en el salón comunal así como a padres de escuelas, también la distribución de información por medio de afiches. Además la formación de grupos de apoyo, planes de prevención y seguimiento para los grupos detectados de MI, con el fin de tratar a esta población para disminuir las secuelas y brindar una mejor calidad de vida.

⁴Seda, E. (1995) "La Protección Integral: Un relato sobre el cumplimiento del nuevo derecho del niño y del adolescente en América Latina". Ades: Campinas.

PROBLEMATIZACIÓN

El maltrato infantil (MI) ha llegado a ser un problema social que aumenta en forma alarmante, aún cuando no se tienen cifras precisas de la magnitud del mismo, se infiere que su presencia es cada vez más evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.⁵

El MI se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales. Es ocasionado por las condiciones socio-económicas críticas, que llegan a la extrema pobreza y que han incrementado los altos índices delincuenciales a todo nivel; el fenómeno migratorio, los problemas familiares, los hogares disfuncionales e incompletos, son algunas de las causas que desencadenan el maltrato.⁶

La encuesta de hogares del año 2000, establece que los padres ecuatorianos tienden a ser castigadores y violentos con sus hijos: el 34% de los niños/as de 5 a 17 años entrevistados declaró ser maltratado por sus padres mediante golpes, insultos, en cierros, baños de agua fría, burlas, expulsiones de la casa, o no los alimentan, mientras que el 20 por ciento dijo ser tratado con indiferencia. Solo el 46% reconoció recibir buen trato de sus padres. Si se suma el maltrato y la indiferencia, se concluye que 7 de cada 10 niños / niñas serían víctimas de comportamientos mal tratantes en Quito⁷.

La problemática de los niños, niñas y adolescentes del Ecuador según el Observatorio de la Niñez, establece que 4 de cada 10 niños y niñas de 6 a 11 años ha recibido golpes de sus profesores, 4 de cada 10 desconocen que hay leyes que protegen sus derechos, 2 niños de cada 10 no viven con sus padres y uno de cada 10 no están matriculados en la escuela. En los adolescentes entre 12 y 18 años se encuentra: 3 de

⁵Dole. J (2003). Maltrato parental y problemas infantiles. Unidad de investigación. 130

⁶<http://www.observatorioMetroplotirana de Seguridad ciudadana/maltrato infantil.html>.

⁷http://www.observatorioseguridaddmq.net/antiores/informe_3/03Problem01A13.html.

cada 10 no están matriculados en la secundaria, 2 de cada 10 trabajan y no estudian, 3 de cada 10 han iniciado su vida sexual, 4 de cada 10 fuman, 3 de cada 10 consumen bebidas alcohólicas, 6 de cada 10 han consumido drogas ilícitas y más de 150.000 tienen sus padres fuera del país.⁸

América del Sur se visualiza con claridad a la familia como una instancia en la que ocurren gran parte de las situaciones de violencia contra los niños y niñas. En la mayoría de los países se observa que aproximadamente el 50% de los menores reciben algún tipo de violencia. La violencia física considerada como menos grave es la más frecuente y se manifiesta en cachetadas, pellizcos, golpes en brazos, piernas y cabeza. Menos presencia tiene la violencia más grave, que se produce por medio de golpes con objetos, latigazos, amenazas e incluso en algunos casos con armas. Por último, también es habitual el maltrato psicológico, que se manifiesta en insultos, burlas, descalificaciones, encierro y hasta expulsión de la casa. La violencia doméstica y los accidentes en el hogar causan aproximadamente el 50% de las muertes de menores de 5 años.

UNICEF CEPAL al realizar una encuesta nacional de hogares indago a niños de 6 a 11 años (no precisa el número de familias), manifiesta que Ecuador en el 2005, informa que el 51% de los niños y niñas reportan haber sido víctima de maltrato. En el Ecuador el maltrato físico es reconocido como forma de castigo, es aceptado en el 60% de familias con niños menores de 5 años.⁹

LA DINAPEN reportó que en la provincia de pichincha durante el 2010 de enero de julio se reportaron 96 casos (54 hombres y 42 mujeres), de estos pertenecen a maltrato físico: 14 a femeninos y 28 masculinos; y a maltrato psicológico: 28 mujeres y 26 hombres, lo cual representa el 9.13 %

⁸Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2000). Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador. Resultado de la "Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares" EMEDINHO. Ecuador.

⁹Unidad de Distribución de la CEPAL, UNICEF. (2000). Oficina Regional para América Latina y el Caribe Centro de Documentación Ciudad del Saber. Santiago de Chile.

¹⁰ Fuente: Departamento de estadística de la DINAPEN (enero-junio 2010)

Las estadísticas de la DINAPEN señalan la siguiente distribución en el Ecuador por provincias: Imbabura: 22.8%, Manabí:9.13%, Pichincha: 9.13%, Tungurahua:8.75%, el Oro: 8.08%, Loja:6.46%, Cañar: 5.7%, Cotopaxi: 5.61, Otros: 24,3%.¹⁰

El MI en el Área 14 (sector de Yaruquí) en niños menores de diez años se deben a muchos factores entre ellos: desorganización familiar, poca conciencia en la comunidad, educación insuficiente, aumento de la violencia familiar, descuido familiar en la atención del niño y poco conocimiento de los derechos de los niños, los cuales van a aumentar directa o indirectamente el ausentismo escolar, bajo rendimiento escolar, escasos controles médicos y su aumento en la morbilidad, déficit en programas de educación permanente y población infantil desprotegida, todo esto contribuye al aumento del maltrato infantil. El número de casos registrados de maltrato infantil en el departamento de estadística del Hospital de Yaruquí durante el 2010 es 40 y de violencia intrafamiliar es de 91 casos, cabe indicar que estas cantidad no demuestran la cifra real, ya que en muchos de los casos no son reportados, detectados o denunciados a las diferentes entidades del sector como Policía Nacional, INFA y el Hospital de Yaruquí.¹¹

El abordaje terapéutico es integral e incluye a todo un equipo especializado en la solución de esta problemática. También es necesario precisar desde dónde un acto puede ser considerado como maltrato, es decir, unificar criterios en cuanto a la definición y la clasificación del MI, así como promover y realizar investigaciones en nuestra población, con nuestros niños, debido a que son pocas las que se hacen en este terreno. Hay que recordar siempre que: “El niño maltratado de hoy es el adulto conflictivo de mañana”.

¹¹Departamento de Estadística del Hospital de Yaruquí.

JUSTIFICACIÓN

Creo que el Maltrato Infantil continua siendo un problema social y de interés mundial, que afecta a la población más vulnerable, por lo tanto exige la atención, el compromiso no sólo de la comunidad sino también de las autoridades pertinentes del gobierno para emprender una campaña a favor de la concientización, instrucción y educación de la población en general para evitar potenciales complicaciones futuras que amenacen la integridad biológica, física y psicológica.

Por lo tanto como Maestrante de Gerencia en Salud para el desarrollo local y médico pediatra conocedora del ámbito biopsicosocial del Valle de Tumbaco específicamente de la población de Yaruquí, del maltrato infantil todavía prevalente en nuestro sector que afecta globalmente en su integridad, y sobre todo por no haber proyectos de esta naturaleza, he visto la necesidad de implementar un plan de prevención y seguimientosobre maltrato infantil. Este constituye una estrategia para crear conciencia, sensibilizar sobre la problemática que enfrentan los niños menores de diez años, con el objeto de disminuir su incidencia,consecuencias en todos los ámbitos, para que adquieran la habilidad de reconocer, actuar y prevenir acciones u omisiones atentatorias a la integridad física y psíquica, minimizando el círculo de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia social e inseguridad.

Este tipo de proyecto es el único que se está realizando en el sector por la necesidad que existe en el Área N° 14. El cual es factible gracias a la colaboración del personal del Hospital de Yaruquí y la participación activa de la comunidad.

Gracias a la realización de este proyecto lograremos conocer un poco más de la problemática social de este sector que está en gran parte olvidada, la cual es muy importante para el desarrollo de la misma, así como también colaborar en sus posibles soluciones, siendo los beneficiarios los niños que constituyen la población más vulnerable.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar un Plan Integral de Prevención y Atención de Maltrato Infantil mediante la capacitación de padres y madres de niños menores de 10 años que asisten al Hospital de Yaruquí, para contribuir a disminuir la incidencia de maltrato infantil en la comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Capacitar a las madres y padres de niños menores de 10 años que acuden al Hospital de Yaruquí.
2. Conformar grupos de apoyo.
3. Actualizar protocolos de manejo.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

MARCO INSTITUCIONAL

HISTORICIDAD DEL SERVICIO DE SALUD Y DE LA COMUNIDAD:

Fecha de Fundación Eclesiástica: 8 de Septiembre de 1570.

Fecha de Fundación Civil: 29 de Mayo de 1861.

Referentes Históricos

Yaruquí, al igual que Puembo Viejo, Raracachi, Cachuquí, Pifo, Tababela, Yaruquí, Checa, El Quinche, Cumbayá, Tumbaco, fueron asiento de pobladores preincásicos, lo cual se demuestra por los objetos encontrados en el sector, como son vasijas, objetos de cerámica utensilios de obsidiana, cuarzo, basalto, lanzas, cuchillos. Según los historiadores se trata de una de las cuarenta parcialidades indígenas que formaron el reino de los Quitus y luego el de los Shyris, con la afluencia de los Caras en el siglo X de la era cristiana.

Las tribus originales que dominaron esta región fueron Puembos, Yaruquíes, Quinches y Cayammbis; al producirse la conquista de los Caras Shyris, tribu proveniente de Bahía de Caráquez, presentaron una singular resistencia, no restante fueron dominados por este pueblo que pasó a constituir una de las cuatro principales naciones asentadas en el actual territorio ecuatoriano: los Shirys, los Puruhaes, los Paltas y los Zarzas.

Desde su comienzo, Yaruquí aparece con su espíritu liberal y amante de su autonomía. Inicialmente forma parte de las campañas defensivas del Reino de Quito, al servicio del Rey Hualcopo Duchicela, XIV Shyri, contra las fuerzas sureñas comandadas por Túpac Yupanqui, XII Inca del Perú, en el año 1460, y HuaynaCápac el grande, conquistador y

pacificador que vino después. En varias ocasiones sus pobladores lucharon denodadamente, aprovechando todos los recursos disponibles, cumpliendo con la consigna de morir con honra, defendiendo su señorío, antes que vivir como esclavos.

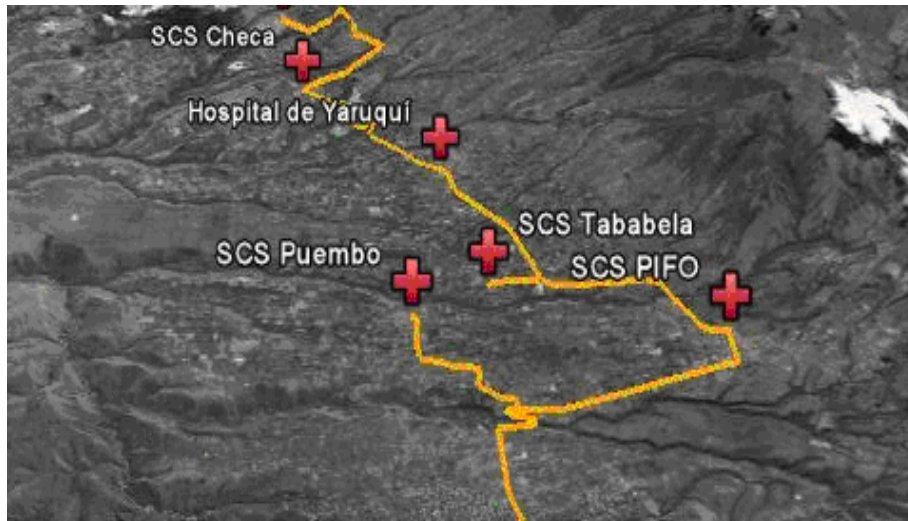
Calendario Festivo

- 19 de Marzo: Fiestas en honor al Patrono de San José
Abril: Corpus Cristo.
5 de Abril: Fiestas en honor al Patrono de San Vicente
29 de Junio: San Pedro
8 de Septiembre: Fiestas en honor a Nuestra Señora de la Natividad
4 de Noviembre: Fiestas en honor al Patrono San Carlos.



Iglesia de la Parroquia de Yaruquí

1. ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR



Fuente: Estadística del hospital Alberto Correa Cornejo
Elaborado: Dra. Rosario Vaca.
Fecha: Septiembre del 2010

UBICACIÓN

Cantón al que pertenece: Quito

Posición Geográfica: 0o12'30" latitud sur, 78°20'0" longitud oeste y 2.527m. sobre el nivel del mar. Superficie: 3.116,28 km². Número de habitantes: (censo del 2001):14.760 Densidad Poblacional (2001): 63,6 hab. /km². Tasa de crecimiento anual (2001): 5,97% Pertenece dentro del sistema de salud al área 14 que es parte de la Red Nororiental conjuntamente con el Área de Salud No.13 ubicada en el Cantón Pedro Moncayo y el Área de Salud No. 12 Ubicada en el Cantón Cayambe.

LIMITES

Los siguientes constituyen los límites de mi parroquia:

- Norte: Parroquia de Checa.
- Sur: Parroquias de Pifo y Tababela.
- Este: Cordillera Central, provincia del Napo
- Oeste: Parroquias de Tababela y Guayllabamba

BARRIOS

La parroquia de Yaruquí está formada por los siguientes barrios:

- San José
- El Tejar
- La Victoria.
- Tambillo.
- Chaupi Estancia.
- La Joya.
- San Vicente.
- Otón de Vélez.
- San Carlos.
- Oyambarillo.
- San José de Oyambarillo
- Oyambaro.
- La Isla.
- San José de la Isla.
- Chinangachi.
- Centro.
- Santa Rosa.
- El Calvario.
- Moraschupa.
- Comuna El Tejar.
- Comuna Oyambaro

Con un total de 21 barrios Yaruquí es una de las parroquias rurales del Cantón Quito más grande y con mayor población.

CLIMA

La parroquia de Yaruquí cuenta con un clima Cálido seco, alta planicie, temperatura entre 12 y 14 grados, que la convierte en un lugar apto para el cultivo de un sin número de vegetaciones.

OROGRAFÍA

Los principales accidentes geográficos del sector son:

- En esta jurisdicción está la montaña de Pambamarca, en cuya copa se halla el Pucará, fortaleza de los antiguos indios compuesta de tres fosos con paredes de piedra. Estas construcciones se repiten en varias montañas.
- CerroCotohurco, cuyas aguas abastecen a la población de Yaruquí.

FLORA

Existen grandes plantaciones florícolas en la parroquia de Yaruquí, las cuales son una fuente de empleo primordial de la población del área, así mismo se debe recalca la presencia de complejos agrícolas cuya producción abastece en gran parte las necesidades de alimento tanto para consumo interno como exportación, sobre todo al mercado norteamericano y europeo.

Existe vegetación nativa como: cola de caballo, chuquiragua, achupalla, grama, llantén, diente de león, lengua de vaca achicoria, borraja, palo santo, cabuya negra y blanca, guanto, marco o altamisa, manzanilla, cedrón, menta; y gran variedad de cultivos.

FAUNA

Debido a la cada vez mayor transformación de las áreas de bosque en zonas habitadas, de cultivo o pastoreo, la fauna nativa de la parroquia de Yaruquí se encuentra en constante amenaza y en vías de extinción. En el sector pueden encontrarse todavía gran variedad de aves como colibríes, gallinazos, y otras especies.

- Animales domésticos, que son: ganado vacuno, ganado caballar, ganado porcino, ganado lanar, animales menores (cuy, conejo), aves de corral, mascotas o amigos del hombre (perro, gato).
- Animales dañinos, tenemos ratón, pericote, mosca, pulga, pulgón, cochinilla, polilla, y otros insectos que transmiten enfermedades

TRANSPORTE

La parroquia de Yaruquí es de fácil acceso, cuenta con una línea de auto bus propio (Cooperativa de trasportes Yaruquí), la cual se encuentra ubicada en la estación de transportes interparroquiales en la avenida Río Coca; junto a la estación de la ecovía. Su costo es de 68 centavos y su destino es el parque central de la parroquia.

También podemos llegar por medio del transporte que se dirige al Quinche (Transporte Reina del Quinche) el cual pasa por la carretera. El tiempo aproximado en bus desde Yaruquí a Quito y viceversa, es de una hora y quince minutos; cuenta con una carretera asfaltada en buenas condiciones.¹²

LUGARES HISTORICOS Y TURISTICOS DE LA PARROQUIA

CERRO EL COTOHURCO.

¹² Ortiz, G. (2003). Plan de desarrollo participativo 2002-2012. Parroquia de Yaruquí. Gobierno de la provincia de Pichincha. Ecuador. 11-43

Ésta es una hermosa pirámide natural ubicada en la cúspide de nuestra parroquia, desde la cual se puede divisar todo el cantón Quito, y especialmente nuestro valle constituye una de los cuatro puntos de observación que poseían en la época preincaica, a este cerro se le atribuye un sinnúmero de leyendas que sobrepasan el aspecto natural. Constituye a la vez un excelente lugar para acampar.



PIRAMIDE DE OYAMBARO

Uno de los lugares turísticos que podemos aprovechar es esta obra antigua que yace en el barrio de Oyambaro, la misma que es testigo del paso de la misión geodésica francesa por nuestras tierras.



LAS 700 GRADAS

Un lugar atractivo y que es visitado en forma diaria por personas ajenas y extrañas es las llamadas setecientas gradas ubicadas en el límite de Yaruquí con Pifo, esta estructura fue realizada en el último periodo de Velasco Ibarra, y es parte del proyecto de riego del antiguo INERHI, entidad que desapareció a finales del siglo anterior y hoy es administrado por la JUNTA DE REGANTES EL PISQUE.

En esta magistral obra podemos ver como la presión del agua al bajar al río por la tubería hace que se desafié la ley de la gravedad y que nuevamente el agua pueda subir hasta la vecina parroquia de Pifo.



EL TUNEL DEL FERROCARRIL DE GUAMBI Y SU PUENTE

Esta es otra magistral obra y atractivo turístico a futuro, fue construido en 1922, para facilitar el paso del ferrocarril que venía de Quito a San Lorenzo, el sueño de Eloy Alfaro, el viejo luchador. También el visitante puede pasar el puente sobre el río Guambi, bajar al río, admirar la flora y aves que se hallan en el sector.



MUSEO DE CIENCIAS NATURALES

Es parte del proyecto Guayasamín, en el cual el visitante puede apreciar los animales de la zona en peligro de extinción que han sido recuperados y tratados, con fines didácticos, estas muestras son parte de animales muertos del sector que el coleccionista encuentra en las acequias, calles o terrenos de la zona, también se puede admirar fragmentos de nuestra cultura , también dentro de esta colección se puede admirar las plantas del sector en el jardín Botánico que se está construyendo , todo esto codificado científicamente bajo los parámetros taxonómicos internacionales.

LA GRUTA DEL NIÑO DE LA COMUNA EL TEJAR

Como una necesidad de estar más relacionados con Dios los comuneros del Barrio el Tejar construyeron una pequeña gruta en la Comuna antes mencionada, la misma que año tras año y día tras día se va convirtiendo en un lugar turístico, el mismo que visitan propios, y ajenos tuvo su inauguración por iniciativa de un joven comunero y se

inauguró en 1999, cada primero de enero se celebra la misa de año nuevo en este sector.

LA IGLESIA DE LA PARROQUIA

La infraestructura de nuestra iglesia data de un estilo colonial, su fachada, su retablo, sacristía, paredes, cúpula, campanario y altar son obras magistrales de arte, en las mismas que se puede apreciar influencia española y de la escuela quiteña, es una verdadera joya que debemos explotar y dar a conocer a los turistas.



LA CHORRERA, LOS MIRADORES DE LAS COLINAS LA RUTA DELA O.C.P.

Son caminos de herradura por los que se puede recorrer convirtiéndose en lugares esplendidos para relajación, observación de flora y fauna endémica del sector, solo se necesita tener guías para conocer la esencia de estos lugares.



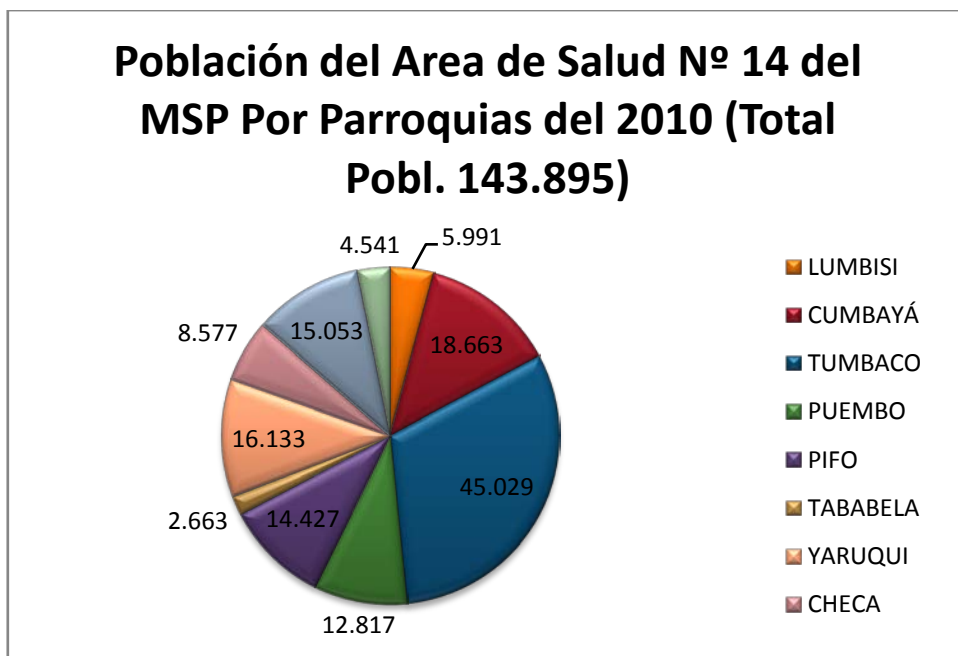
LAS QUEBRADAS DEL SECTOR

Son un lugar llamativo donde se puede estar en paz y armonía con la naturaleza, se puede observar en estos lugares una innumerable variedad de orquídeas muy hermosas propias del sector.



2. DINAMICA POBLACIONAL

POBLACIÓN DEL ÁREA DE SALUD No. 14 DEL MSP POR PARROQUIAS AL 2010.



PARROQUIAS	No. Habitantes
LUMBISI	5.991
CUMBAYÁ	18.663
TUMBACO	45.029
PUEMBO	12.817
PIFO	14.427
TABABELA	2.663
YARUQUI	16.133
CHECA	8.577
EL QUINCHE	15.053
ASCAZUBI	4.541
TOTAL ÁREA	143.895

Fuente: Estadística del Hospital de Yaruquí.
 Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca
 Fecha: Marzo 2010

3. LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Ofrecer a los usuarios del Valle de Tumbaco y a los que provienen de diferentes parroquias aledañas de la Provincia y del país, servicios de salud médico – odontológico preventivos y curativos(emergencia, consulta externa con cinco especialidades básicas y hospitalización, Laboratorio Clínico, Ecosonografía, Rayos X, Trabajo Social, Control Sanitario y servicios complementarios) con calidad, calidez, oportunos y eficientes, sin fines de lucro, sin discriminación, respetando su dignidad bienestar e integridad.

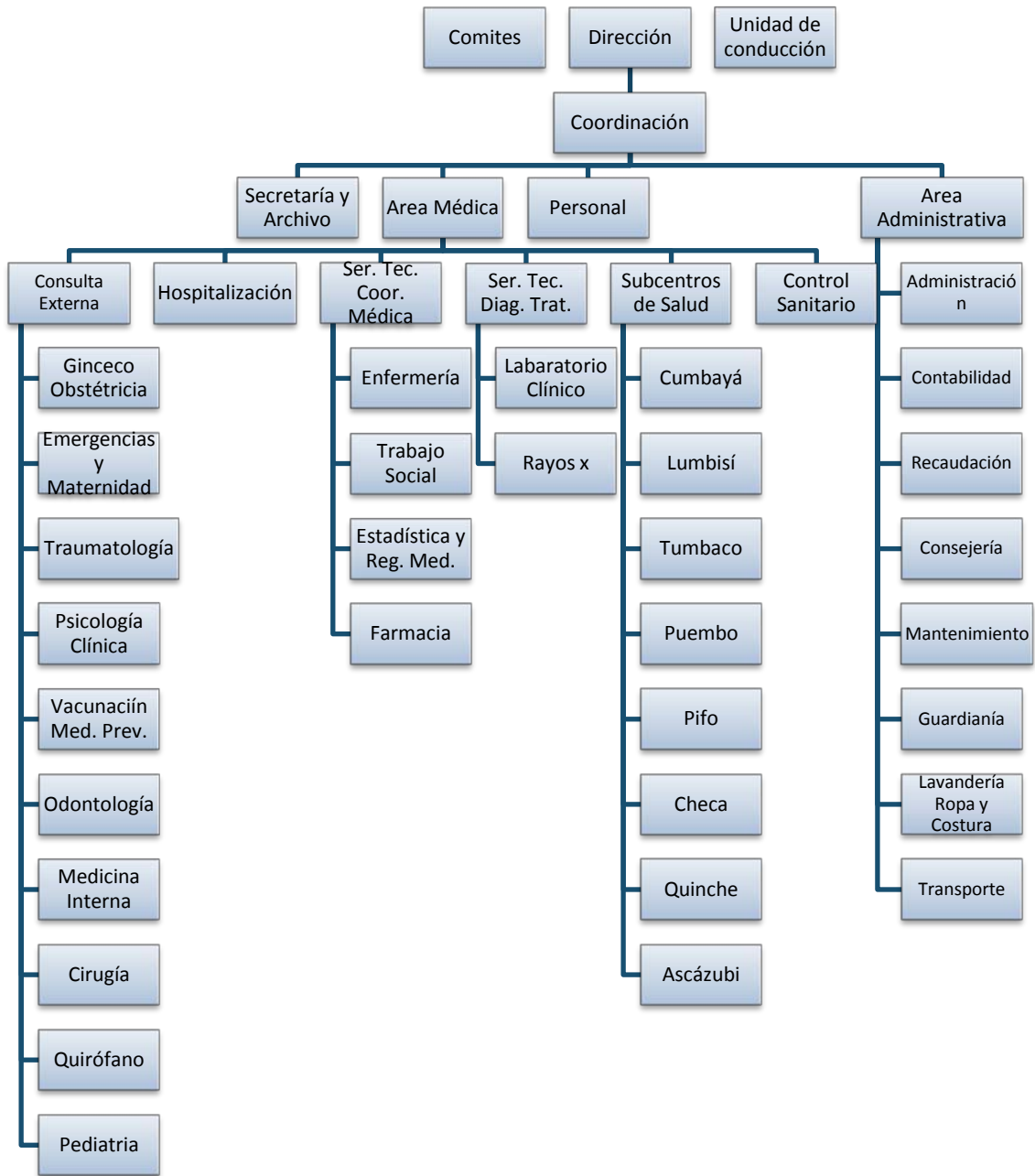
4. LA VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Queremos garantizar en 5 años que el área de influencia tenga la oportunidad de disponer de una vida sana y productiva con equidad y acceso a información, educación y comunicación en salud y dotada de óptima infraestructura sanitaria. Que su entorno familiar, laboral y social le permita desarrollarse, que viva en un ambiente libre de contaminación. También contar con: talentos humanos suficientes capacitados y bien remunerados cumpliendo sus funciones a cabalidad; infraestructura y equipamiento con tecnología de punta acorde con las necesidades de la comunidad, brindándoles una atención de calidad, con calidez, eficiente y eficaz las 24 horas del día.

Líderes con plenas características de liderazgo gerencial y rectoría de la salud en el VT, para constituir un modelo referencial para otras unidades de salud del país.¹³

¹³Base de datos del Hospital de Yaruquí.

5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA



Fuente: Estadística del Hospital de Yaruquí
 Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca.
 Fecha: Marzo 2010.

6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

Somos parte de la Red Nororiental conjuntamente con el Área de Salud No.13 ubicada en el Cantón Pedro Moncayo y el Área de Salud No. 12 Ubicada en el Cantón Cayambe.

En el Hospital Alberto Correa Cornejo (Hospital de Yaruquí) se brindan los siguientes servicios:

Consulta Externa: Atiende en el horario de 08h00 hasta las 16h30, en las siguientes especialidades: Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Pediatría, Medicina Interna, se cuenta con especialistas de todas las ramas nombradas.

Hospitalización: Contamos con 16 camas para pacientes, distribuidas de la siguiente manera:

- 3 camas para hospitalización de Pediatría
- 6 camas para Ginecología-Obstetricia
- 3 camas para Traumatología
- 2 camas para Cirugía General
- 2 camas para Medicina Interna

A éstas se suman las 2 camas que se encuentra en Emergencia para observación y las 3 plazas con que cuenta el servicio de **Neonatología**, utilizados para pacientes con necesidad de cuidado mínimo a intermedio y para fototerapia.

Imagenología:

Ofrece el servicio de Rayos X y de Ecozonografía con profesionales capacitados, pero lamentablemente, solo funciona en el horario de 08h00 a 12h00, de lunes a viernes, por lo cual de ser necesario realizar dichos estudios de manera emergente, muchas veces en el sector no puede encontrarse centros que ofrezcan este servicio, los cuales por ser de carácter privado muchas veces tienen precios inalcanzables para los pacientes.

Laboratorio clínico:

Contamos con el servicio de laboratorio en el horario de 08h00 a 16h00 de lunes a viernes y de 08h00 a 12h00 los sábados y domingos, por lo cual se presentan los mismos inconvenientes citados al nombrar al servicio de imagenología.

Quirófano:

Se realizan cirugías programadas en las ramas de Traumatología, Ginecología-Obstetricia y Cirugía general. Todo dentro del horario de las 08h00 a las 16h00, de presentarse una emergencia quirúrgica fuera de este horario, debe ser referido.

Emergencia:

Este servicio labora ininterrumpidamente las 24 horas del día, los 365 días del año; en él se atienden un promedio de 80 a 90 diarios, con patologías diversas.

Actualmente se está implementando el servicio de triage para evitar que la emergencia de éste hospital colapse debido a la gran demanda de pacientes que acuden.

Además contamos con trabajo social, psicología, farmacia, dermatología, medicina familiar y vacunación.

SERVICIOS DE SALUD POR GRUPOS ETAREOS

GRUPO ETAREO	ACTIVIDADES
LACTANTES < 1 año	Control de salud, Vacunas: BCG, Pentavalente, OPV., Suplemento vitamínico A
Preescolares de 1-4 años	Control de salud, niños de 12-13 meses: vacuna SRP- suplemento vitamina A, Vacunas: BCG, Pentavalente, OPV- refuerzo DTP, OPV, Suplemento vitamina A
Escolares de 5-9 años	Control de salud, Vacunación DT
Adolescentes de 10-19 años	Control de salud, Suplementación con hierro, Vacunación DT, IEC sobre ITS VIH-SIDA
DOCG A MUJERES DE 35-64 AÑOS Y DE CANCER MAMARIO 25-64 AÑOS)	Papanicolaou : toma de muestra, Exploración clínica de mamas: mamografía
MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 10-49 AÑOS (MEF)	Planificación familiar: oral-DIU-otros, VACUNACIÓN DT, IEC
EMBARAZADAS	Control de salud, vacunación DT, atención del parto, atención del RN, control de post parto, suplementación con hierro, IECC.

Fuente: Estadística del Hospital de Yaruquí.
 Elaborador Por: Dra. Rosario Vaca.
 Fecha: Marzo 2010.

7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA (Estado de salud enfermedad de la población)

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO CORREA CORNEJO

CIE 10 HOSPITAL CANTONAL YARUQUI																										
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD																										
DIAGNOSTICOS	H		M		1m		11m		años		5-9 años		10-14 años		15-19 años		20-35 años		36-49 años		50-64 años		65 y más		TOTAL	
1		IRA	4193	1289	20	1049	1792	818	421	247	611	287	127	110	5482											
2	A09	Diarrea y Gastroenteritis	723	284	9	216	310	104	73	47	125	67	30	31	1.007											
3		Parasitosis	637	296	0	5	172	148	69	79	248	147	70	22	933											
4	N30	cistitis	467	410	0	16	86	66	50	91	347	152	50	34	877											
5	N76	vaginitis	330	330	395	0	0	6	10	158	394	142	43	15	725											
6	K29	Gastritis y Duodenitis	285	156	0	0	0	2	10	48	176	121	63	30	441											
7	O23	Infección de vías genito urinarias	192	219	0	0	0	0	3	154	278	17	0	0	411											
8	T00	Traumatismos superficiales	272	121	0	4	22	28	21	59	147	72	23	25	393											
9	M54	Dorsalgia (Lumbal)	162	87	0	0	0	1	2	11	99	74	31	34	249											
10	M68	Trastornos de los tendones y de la sinovial	136	72	0	0	2	0	2	7	56	80	38	26	208											
			7397	3329	29	1290	2384	1173	661	901	2481	1159	475	327	10726											

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Alberto Correa Cornejo. Elaborado por: Dra. Rosario Vaca.
Fecha: Octubre del 2010.

Las coberturas alcanzadas por las unidades operativas del Área en el año 2010, son las siguientes: en inmunizaciones se reporta el 91% de lo programado; en el caso de atención de menores de 5 años está alrededor del 85%; el control prenatal en 87.7%, bajando en el parto a 67 % y más aún en el postparto a 45%.¹⁴

- Perfil de morbilidad

El perfil de morbilidad general, refleja un importante grado de deterioro de las condiciones de vida en la población, las infecciones respiratorias son la principal causa con un 60% del total; en tanto que las infecciones gastrointestinales y parasitarias son el 36.6 % (27.8 y 8.8 respectivamente).

¹⁴Fuente:Departamento de Estadística del Hospital Alberto Correa Cornejo.

Por grupos de edad, en los menores de un año las enfermedades respiratorias representan aproximadamente el 59.6% del total de patologías, las diarreicas y parasitarias el 34.4%, el resto corresponden a infección de vías urinarias, desnutrición y otras. En los menores de cinco años, las enfermedades respiratorias representan el 54.4% y las enfermedades diarreicas y parasitosis el 41.6%.

En mujeres, las patologías que se presentan en mayor porcentaje son las infecciones de vías urinarias y vaginitis.

8. CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

Se encuentra ubicada en un terreno plano, construida desde hace 20 años, su edificación es de cemento, consta de un solo piso dividida en varios departamentos, posee un área para estacionamientos de los vehículos, una cancha deportiva.

9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

La salud es un derecho que garantiza el Estado. Nuestra política es brindar una atención médica basada en principios de universalidad, equidad, efectividad, eficiencia, calidad, calidez, cobertura y acceso a los diferentes servicios que brinda la institución con enfoque de género y generacional, sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, los cuales sustentan un buen vivir¹⁵

MARCO CONCEPTUAL

¹⁵Base de datos del Hospital de Yaruquí.

Plan

Definición de Plan

El plan es un producto de la planeación, es un resultado inmediato, es el evento intermedio entre el proceso de planeación y el proceso de implementación del mismo. El propósito de los planes se encuentra en: La previsión, la programación y la coordinación de una secuencia lógica de eventos. Los planes deben responder al qué (objeto), cómo (medios), cuándo (secuencia), dónde (local) y por quién (ejecutante o persona). Tipos de planes:

Los planes estratégicos: son diseñados por los altos ejecutivos y los administradores de mandos medios para lograr las metas generales de la organización.

Mientras que los planes operacionales están relacionados con las actividades diarias.¹⁶

Maltrato Infantil.

Introducción

Al niño se lo concibe incluido en su núcleo familiar, del que derivan de forma natural y espontánea las atenciones afectivas, educativas y materiales que él necesita para su normal desarrollo psíquico y físico. Sin embargo, en ocasiones,

¹⁶http://biblioteca.itson.mx/oa/ciencias_administrativa/oa7/planeacion_naturaleza_proyecto/p7.htm

ese núcleo se vuelve hostil hacia el niño, teniendo como resultado el abandono, el maltrato de obra o de palabra, los abusos sexuales y hasta la muerte.

Los malos tratos y sevicias son un problema de todos los tiempos y de todos los países, es decir, puede extenderse a la misma historia de la humanidad aun cuando no sabemos con exactitud la magnitud que tomó el maltrato en las distintas épocas de su desarrollo. Las primeras descripciones sobre maltrato infantil datan desde 1626. En la actualidad numerosas organizaciones tanto gubernamentales como privadas nacionales e internacionales, se ocupan del grave problema social que entraña esta problemática.¹⁷

Vivimos en un mundo en el que predomina la violencia. Y no debería extrañarnos que su dominio se inicie en la familia, pues es ahí donde empieza a manifestarse. La mayor parte de las agresiones graves a los niños se da precisamente en el hogar y esto da lugar a que dicho problema del maltrato a los niños se encuentre en personas y circunstancias casi o totalmente fuera de control, este tema se relaciona con el malinterpretado derecho de corrección y de una u otra manera todos debemos hacernos responsables para no seguir incubando en la sociedad ese fenómeno tan desastroso y responsable de diversas anomalías en la misma; pues tanto el maltrato infantil como la violencia intrafamiliar son fenómenos sociales que han gozado de aceptación en nuestra cultura.

Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad.¹⁸

¹⁷Martinez, R. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. España.

¹⁸<http://www.zonapediatrica.com/mod-htlmpages-display-pid-795.html>

Concepto.

El maltrato infantil es toda conducta que, por acción u omisión, produzca daño físico y/o psíquico en una persona menor de 18 años, afectando el desarrollo de su personalidad. Esta conducta es intencional y reiterada. Se produce cuando la salud física, emocional o la seguridad de un niño están en peligro por acciones o negligencias de las personas encargadas de su cuidado, de las instituciones o de la propia sociedad que priven a los niños de su libertad o sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo crecimiento.¹⁹

Factores de Riesgo del Maltrato Infantil²⁰

MODELO SOCIO INTERACCIONAL (Belsky 1980)			
DESARROLLO ONTOGENETICO	Microsistema (FAMILIA)	Exosistema (SOCIEDAD)	Macrosistema (CULTURA)
Historia de malos tratos	PADRE-MADRE: Problemas psicoafectivos	TRABAJO	Crisis económica o energética
Historia de desatención severa	Niño: Prematuro, Peso bajo al nacer, poco responsivo, apático, temperamento difícil, hiperactivo, etc.	Desempleo	Alta movilidad social
Rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia	Interacción Madre-Padre-Niño	Falta de dinero destronamiento Autoestima	Actitud hacia la violencia
Ausencia de experiencia en el cuidado del niño	Conflicto marital	Estrés marital Insatisfacción laboral	Actitud hacia el castigo físico en la institución
Ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades	Nº de miembros en la familia	Tensión en e trabajo	Actitud hacia la infancia
Historia de desarmonía y ruptura familiar	Hijos no deseados	Vecindad: aislamiento, falta de soporte social	Actitud hacia la familia, la mujer , la paternidad, maternidad.
		Clase social	

¹⁹Mc.Cofle L. (2001). Maltrato Infantil (Eos-Edimsa Ltda. Bogota, Colombia). Pediatrics. 44-45.

²⁰<http://www.monografias.com/trabajos16/prevencion-maltrato/prevencion-maltrato.shtml#INTRO>

Tipos de Maltrato.^{21, 22}

MALTRATO INFANTIL		
FISICO	Activo	Pasivo
<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato prenatal - Explotación laboral - Mendicidad - Corrupción - Síndrome del bebé zarandeado - Síndrome de Münchhausen por poderes 	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato físico - Abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono físico o negligencia
EMOCIONAL	- Maltrato emocional	- Abandono emocional
OTRAS FORMAS DE MALTRATO	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato institucional En el campo de los Servicios Sociales En el campo de la Educación En el campo de la Salud En el campo de la Justicia 	

A continuación, se define cada uno de los tipos de maltrato infantil señalados, aludiendo a las distintas formas que presentan, sus indicadores y a los posibles efectos que pueden producir en los niños:

1. **Maltrato físico:** Comprende los actos cometidos por padres o adultos cuidadores contra niños y niñas que les generan lesiones físicas temporales o permanentes; causados con diversos objetos (cinturones, cables de luz, palos, cigarrillos, diversas sustancias, etc.).

²¹ Cirilo, S. (1997). Niños Maltratados. Diagnóstico y Terapia Familiar. España. Paidós.

²² Galeano, F. (2006). Maltrato Infantil. Introducción a los problemas sociales. 17-23

2. **Maltrato emocional:** Que implica las actitudes de indiferencia, insultos, ofensas, y/o desprecios, producidos por los padre o adultos cuidadores y que los/as dañan en su esfera emocional (generándoles sentimientos de desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal).

3. **Abuso sexual:** Comprende las acciones recíprocas entre un niño/a y un adulto, en los que el niño/a está siendo usado para gratificación sexual del adulto y frente a las cuales no puede dar un consentimiento informado. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del niño/a.

4. **Abandono físico:** Comprendido por aquellas situaciones de omisión producidas por los padres o adultos cuidadores y en las cuales no se dio respuesta a las necesidades básicas de niños y niñas (alimentación, vestimenta, higiene, protección, educación y cuidados sanitarios), siendo que se podía haber respondido.

5. **Abandono emocional:** Situaciones de omisión producidos por los padres o los adultos cuidadores que implican la no respuesta de los mismos a la satisfacción de las necesidades emocionales básicas de niños y niñas, habiéndose podido responder a las mismas.

6. **Maltrato prenatal:** Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o el autosuministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto del que es portadora.

7. **Explotación laboral:** Situación donde determinadas personas asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos, y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y que son asignados al niño con el objeto de obtener un beneficio económico.

8. **Mendicidad:** Actividades o acciones, llevada a cabo por un menor, consistente en demandas o pedir dinero en la vía pública (explotación de menores).

9. **Corrupción:** Conductas de los adultos que impiden la normal integración social del niño y que promueven pautas de conducta antisocial o desviada (como premiar al niño por robar, alentar el consumo de drogas y/o alcohol, etc.).

10. **Síndrome del bebé zarandeado:** Se produce por una violenta sacudida del cuerpo del lactante con el objeto de callar su llanto; se caracteriza por hemorragia retiniana, hemorragia cerebral: hemorragia subdural o subaracnoidea y ausencia de trauma craneal externo.

11. **Síndrome de Münchhausen:** Situaciones en el que el padre/ madre (principalmente) someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos, alegando síntomas físicos patológicos, ficticios o generados de forma activa por el padre /madre.

12. **Maltrato Institucional:** Cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivados de la actuación

individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño.

MODELOS EXPLICATIVOS.²³

Modelo psiquiátrico:El origen de las conductas violentas encontraría su explicación en los graves trastornos de personalidad de los padres que les impedirían el control de los impulsos agresivos. La investigación clínica y de carácter retrospectivo en la que se ha basado este modelo, indicó también que las características más importantes de estos padres serían psicopatología, depresión, baja autoestima, historia de malos tratos, rigidez e impulsividad, inmadurez emocional, alcoholismo y drogadicción, retraso mental, inversión de roles, frustración y agresividad crónica.

Modelo socio-cultural: Subraya las características socio-demográficas y culturales de las familias en riesgo, teniendo como premisa básica la idea de que el contexto social y económico de marginación y pobreza, junto a los valores culturales permisivos del castigo corporal, constituirían las variables determinantes de las prácticas educativas agresivas o negligentes.

Las características de las familias en riesgo son: pobreza, aislamiento y ausencia de apoyo social, desempleo, insatisfacción laboral, paternidad prematura, elevado número de hijos, hacinamiento y precariedad del hogar, divorcio/separación, paternidad en solitario, rol de la mujer en la familia y en la sociedad, etc.

Modelo social - interaccional: Explica la etiología de los malos tratos a través del análisis de los procesos psicológicos (percepciones, atribuciones, afrontamiento

²³ <http://www.mailxmail.com/curso-maltrato-infantil/modelos-explicativos>

del estrés, la expresión del afecto y la ira, la activación), que condicionan las interacciones entre padres e hijos, y que sirven de mediación entre las variables individuales y los factores ambientales.²⁴

Indicadores de Maltrato Infantil²⁵

Físicos:

Magulladuras o hematomas , quemaduras, Fracturas, heridas o raspaduras, lesiones abdominales, mordedura humana , intoxicación (medicamentos), ausentismo escolar relacionado con la lesión, vestimenta inadecuada que oculta la lesión, y en el síndrome de Munchausen el niño presenta síntomas y signos recurrentes que desaparecen al separarse de su familia o cuidadores y reaparecen al volver con ellos, historia de ingresos múltiples en distintos hospitales, y hermanos con enfermedades raras o nunca vistas.

De violencia sexual:

Dificultad para andar o sentarse, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, dolor o escozor en la zona genital, contusión o sangrado en genitales externos, vagina o ano, enfermedad de transmisión sexual, cérvix o vulva hinchados o rojos, semen en boca, genitales o ropa, cuerpo extraño en vejiga, uretra, vagina o ano, mal control de esfínteres, infección urinaria a repetición, embarazo al inicio de la adolescencia y enfermedades psicosomáticas.

Psicológicos:

²⁴Gómez, R. (2002). Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Bogotá.

²⁵Garrido, V. (2001). Principios de Criminología (2ª edición). Colombia.

Entre los 0 - 2 años:Talla corta, retraso no orgánico de crecimiento; enfermedades psicosomáticas; retraso en todas o algunas áreas madurativas; ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos de vínculo primario); niños asustadizos, tímidos, pasivos, con falta de respuesta a estímulos sociales.

De 2 - 6 años:Talla corta, enfermedades psicosomáticas, retraso de lenguaje, disminución de capacidad de atención, inmadurez socio-emocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales.

Negligencia y abandono:

Falta de medidas higiénicas y dietéticas en el menor, desnutrición, falta de crecimiento y desarrollo, accidentes frecuentes por falta de supervisión, ropa inadecuada para las condiciones climáticas, falta de controles médicos, falta de cumplimiento en el esquema de vacunas, dentadura descuidada, enfermedades crónicas no tratadas, libertad para estar donde quiera.

Explotación:

El menor pasa en la calle expuesto a todos los riesgos por conseguir dinero.

Efectos o Consecuencias²⁶

Los malos tratos que se llevan a cabo sobre los niños pueden provocar daño o consecuencias negativas a **dos niveles: somático** (abandono y maltrato físico) y **psicológico**(pueden manifestarse a corto, a mediano y largo plazo, es decir, en la

²⁶<http://www.psicopedagogia.com/maltrato-infantil>

infancia, adolescencia y edad adulta).

En el desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño, tales como pesadillas y problemas del sueño, cambios de hábitos de comida, pérdidas del control de esfínteres, deficiencias psicomotoras, trastornos psicósomáticos, fugas del hogar, conductas autolesivas, hiperactividad o aislamiento, bajo rendimiento académico, deficiencias intelectuales, fracaso escolar, alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal.²⁷

Procedimientos Diagnósticos:²⁸

Diagnóstico de certeza

- Examen clínico general y según orientación diagnóstica.
- Examen ginecológico, proctológico, oftalmológico, traumatológico, neurológico.
- Exámenes de laboratorio (sangre, orina, heces, cultivos) e imagenología (radiografías).
- Psicodiagnóstico.
- Diagnóstico Social.

Internación Consumada:

²⁷Diane, E. (1999). Terapia en el Niño. Desarrollo Humano. México 153 -201.

²⁸Wahler, J. (2000). Servicio Canario de Salud. Protocolo de Facilitación de la Detección de los Malos Tratos a Mujeres y Menores. Guía de práctica clínica.92

- Solicitud inmediata de interconsulta a la Unidad de Violencia Familiar.
- El pediatra de la Unidad realizará el examen físico completo incluyendo el ginecológico (si fuera necesario).

Secuencia de la entrevista:

En maltrato físico o negligencia: Individuales a cada padre, entrevista de la pareja parental, entrevista familiar, entrevistas al niño y entrevistas sociales.

En abuso sexual Infantil: Individual a la madre, entrevista al niño, entrevista familiar, entrevistas sociales.

Tratamiento.²⁹

Tratamiento clínico de acuerdo al tipo de lesión o agresión, y psicoterapéutico (individual, de pareja y familiar), además posteriormente la creación de grupos de apoyo tanto para los padres de niños maltratados como para los niños agredidos, controles pediátricos periódicos, asesoramiento legal y controles psicofarmacológicos.

Durante su hospitalización se realizarán las interconsultas pertinentes y su estadía dependerá de las características, compromiso, y gravedad de las lesiones que presente el niño. El alta cuando desde el punto de vista clínico haya superado la necesidad del cuidado y tratamiento intrainstitucional y además existan las condiciones aceptables de seguridad para el menor evitando recidivas.

El pronóstico puede ser:

- Favorable: reconocimiento y capacidad de cambio.
- Desfavorable: no reconocimiento de los hechos y rigidez o persistencia de las conductas violentas.

²⁹Oliván, G. (2002). Indicadores de Maltrato Infantil. Guías Clínicas en Atención Primaria.142

- Mal pronóstico: aislamiento social y patología psiquiátrica severa.

PREVENCIÓN

"La comunicación es prevención porque posibilita encontrar un espacio, ser protagonistas, aprender a respetar al otro, a formar espíritu crítico, aceptar el error como incentivo para la búsqueda de otras alternativas y ayuda a superar las dificultades porque la carga se reparte".³⁰

Se debe entender como prevención "aquellas acciones que se disponen y ejecutan con anticipación para evitar que un hecho suceda o, de haberse producido, para evitar que el daño que causa el mismo continúe" (DNA, 1999).

Siguiendo el concepto médico, la prevención puede tener lugar en diferentes niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria.

• Prevención primaria³¹

Dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores. Pretende disminuir el número de casos o su aparición; se refiere a métodos aplicados a la población general y actúa antes de que se presente cualquier tipo de manifestación:

A. Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.

³⁰<http://www.psicopedagogia.com/prevención-maltrato-infantil>.

³¹ Galeano, F. (2001). Ayudando a aliviar el dolor. MaltratoInfantil. 120

B. Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos:

- a. Cursos de preparación al parto.
- b. Escuelas de padres u otros centros comunitarios, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- c. Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante.
- d. La educación sexual en centros escolares.
- e. El Programa del Niño Sano (controles de salud de los 11, 12 y 14 años realizados en atención primaria).
- f. Facilitar recursos de planificación familiar.
- g. Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas).
- h. Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos.
- i. Utilizar "Guías Anticipadoras" para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.³²
- j. Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzarla autoestima y la competencia.

³²Whipple, E, (1997). Crossing the line from physical discipline to child abuse. Child Abuse Negl. 21:431-444

• **Prevención secundaria**

Pretende reducir la prevalencia y reducir al máximo las manifestaciones tras el contacto con los agentes desencadenantes; se refiere a esfuerzos dirigidos hacia quienes se hallan o pudieran estar en una situación de alto riesgo de sufrir un trastorno determinado.

Dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores:

- a. Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor.
- b. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70 % de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores).
- c. Remitir a los miembros de la familia a centro de terapia psicológica para educar en el "manejo del enfado y la ira".
- d. Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a drogas, alcohol o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- e. Ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
- f. Colaborar con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- g. Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida.
- h. Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano.³³

³³Fetsch R. (1999). A preliminary evaluation of the Colorado RETHINK parenting and anger. *Child Abuse Neg.* 23(4): 353-60

- **Prevención Terciaria.**

Pretende aminorar la prevalencia de las secuelas e incapacidades después de que la enfermedad ha aparecido, mejorar la calidad de vida de las personas incapacitadas y evitar su recaída; es decir, son aquellas intervenciones que se dan tras la identificación de la enfermedad. Consiste en la rehabilitación del maltrato infantil, tanto para las menores víctimas como para los mal tratadores. Para ello se debe disponer de un equipo interdisciplinario (pediatras, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores familiares, terapeutas, jueces de menores, cuerpos policiales, etc.).³⁴

Grupos de apoyo

Existen grupos de apoyo para los sobrevivientes de maltrato y para los padres maltratadores que quieren recibir ayuda, no esa dentro del manejo pero si como un coadyuvante para el tratamiento, más enfocados en el sentido de organizaciones de ayuda para los sobrevivientes, mas no de detección y manejo.³⁵

Existe un sinnúmero de programas de prevención con múltiples componentes y basados a nivel de la comunidad, que proporcionan apoyo a las familias, tales como visitas a los hogares o capacitación a los padres, educación preescolar para niños y una serie de otros servicios.³⁶

³⁴Rushton F. (1996). The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J S C Med Assoc* 92(3):133-6.

³⁵Johnson CF (2007). Abuse and neglect of children. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. chap 36.

³⁶Prilleltensky I, Nelson G. (2000). Promoting child and family wellness: Priorities for psychological and social interventions. *Journal of Community and Applied Social Psychology*;10(2):85-105.

Un seguimiento a largo plazo de más de 1,400 niños mostró que los pequeños que participan en los ChildParent Centers (Centros para Hijos y Padres), que proporcionan enseñanza pre escolar y apoyo a la escolaridad para los niños y promueven la participación de los padres, obtuvieron tasas significativamente más bajas (5%) de denuncias ante los tribunales por maltrato infantil hasta los 17 años de edad, que los niños en el grupo control (11%). Más aún, la participación de los padres en las escuelas de los niños y la movilidad escolar, fueron mediadores significativos de esos impactos.³⁷

En Ecuador un grupo de apoyo constituye “la red de seguridad” que es un grupo de personas en las que el niño/a confía y puede ser su grupo de apoyo en el caso de que los padres no estén para protegerles, por esta razón los padres no pueden formar parte de este grupo. Para esta actividad es importante que el niño/a conozca qué significa red de seguridad, entender qué significa confiar en alguien y que estas personas deben crear, apoyar y proporcionarle ayuda en un caso dado.

³⁷MacLeod J, Nelson G (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*; 24(9):1127-1149.

CAPITULO II

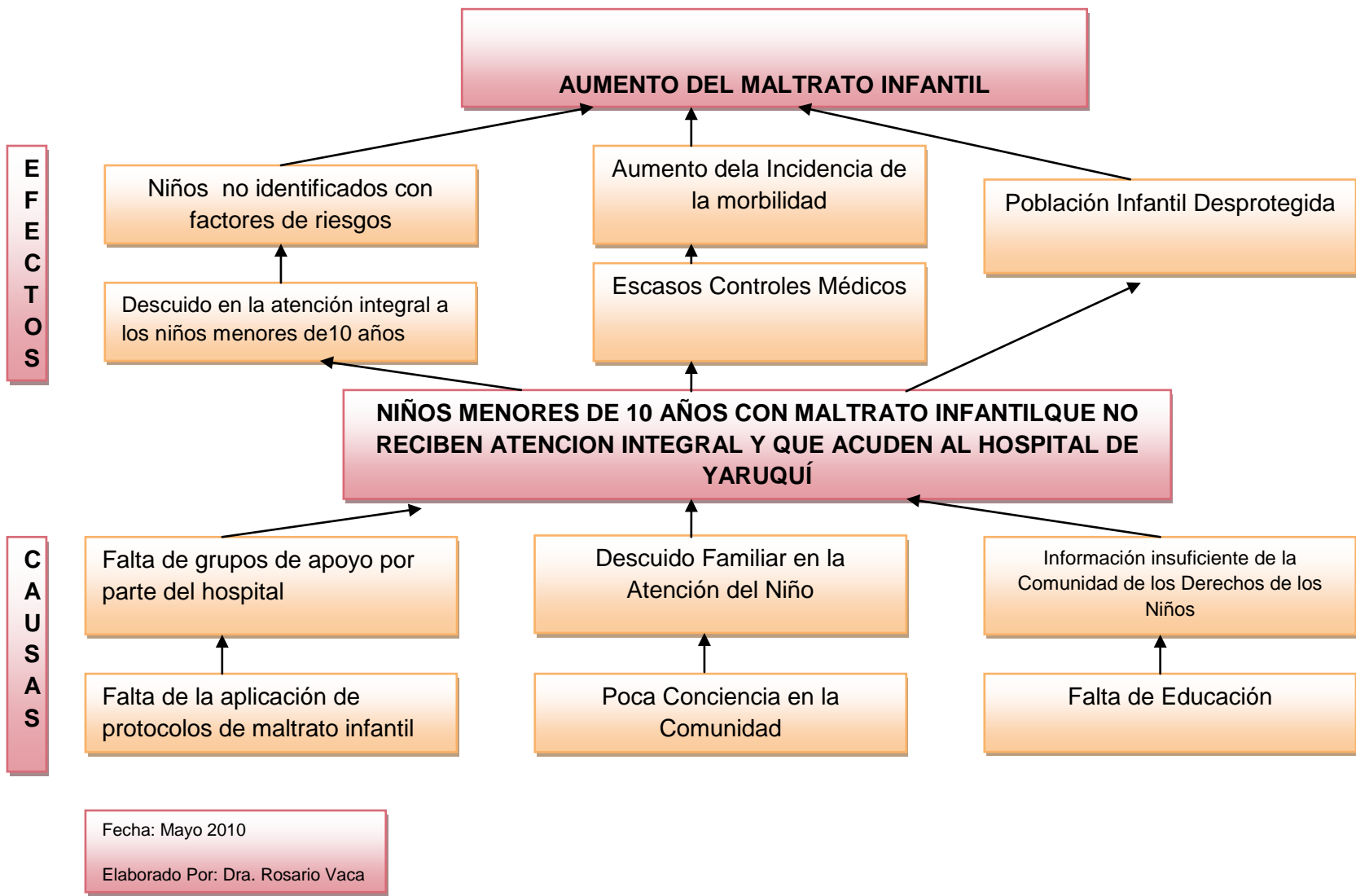
DISEÑO METODOLÓGICO

A) MATRIZ DE INVOLUCRADOS

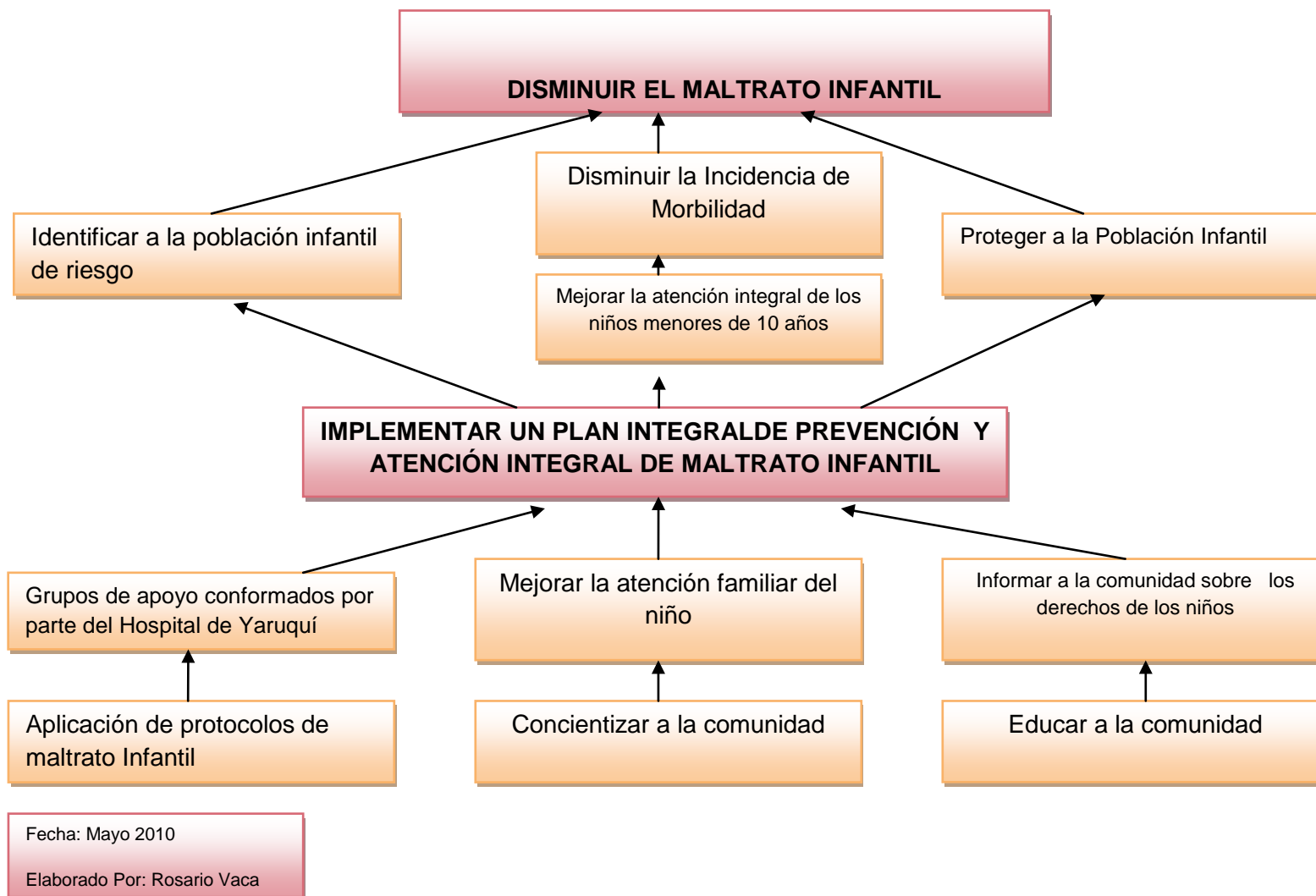
Grupos y/o Instituciones	INTERESES	RECURSOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS	MANDATOS
Padres y madres de familia que acuden al Hospital de Yaruquí	Educación sobre los derechos del Niño e informar sobre maltrato infantil. Concientizar a la comunidad	Recursos Humanos y Materiales	Escases de Programas Niños de riesgo con maltrato infantil	Leyes y Ordenanzas regidas por la Junta Parroquial
Hospital de Yaruquí	Disminuir la incidencia de Maltrato Infantil Ejecutar Proyecto	Recursos Humanos, Materiales y Financieros	Falta de control a la comunidad	Director del Hospital y coordinadores de área
UTPL y/o Maestrante	Instruir académicamente al estudiante, para mejorar la calidad de vida a la comunidad	Recursos Humanos, Materiales y educativos	Falta de alianzas con esta organización.	Formar académicamente recursos humanos

<p>Fecha: Marzo 2010 Fuente: Trabajo de Investigación UTPL Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca</p>
--

B) ÁRBOL DE PROBLEMAS



C) ÁRBOL DE OBJETIVOS



D) MATRIZ METODOLÓGICA

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Implementar un Plan Integral de prevención de Maltrato Infantil.</p>	<p>El 60% de los niños con MI reciben atención integral en el 2010.</p>	<p>-Historias clínica.</p>	<p>-Niños menores de 10 años con atención integral.</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>Contribuir a disminuir la Incidencia de Maltrato Infantil en los padres y madres que acuden al Hospital de Yaruquí</p>	<p>El 70% del Maltrato Infantil será disminuido en los padres que acuden al Hospital de Yaruquí.</p>	<p>-Historias Clínicas.</p>	<p>- Participación activa de las madres y padres. - Proyecto se aplica de acuerdo a o planificado.</p>
<p>COMPONENTES</p> <p>1. Capacitar a las madres y padres de niños menores de 10 años sobre Maltrato Infantil.</p>	<p>El 80% de las madres y padres de niños menores de 10 años serán capacitados durante 2010.</p>	<p>-Convocatoria -Listado de madres y padres capacitados de niños menores de 10 años -Evaluación de madres y padres capacitados. -Memorias del taller (test, fotos).</p>	<p>-Cambio de actitud y concientización en las madres y padres de niños menores de 10 años.</p>
<p>2. Conformar grupos de apoyo.</p>	<p>El 100% de grupos conformados, hasta diciembre del 2010.</p>	<p>-Listado del grupo - Fotos.</p>	<p>- Grupo de Apoyo establecido.</p>
<p>3. Actualizar protocolos de manejo.</p>	<p>El 100% de protocolos de manejo actualizados y socializados hasta diciembre del 2010.</p>	<p>Protocolos físicos y magnéticos.</p>	<p>- Protocolos de Manejo conocidos.</p>

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS MATERIALES
1. Capacitar a las madres y padres de niños menores de 10 años sobre Maltrato Infantil.			
1.1 Elaboración del Plan de capacitación.	Maestrante	Junio 2010	Computador, impresora, Copias, Transporte Infocus, Esferos Papeles
1.2 Elaboración de una guía sobre prevención de maltrato Infantil.	Maestrante	Julio 2010	Computador, impresora, Copias, Transporte Infocus, Esferos Papeles
1.3 Talleres de capacitación sobre Maltrato Infantil y entrega de una guía de las madres y padres de niños menores de 10 años.	Maestrante y padres de niños menores de 10 años	13 y 27 de Agosto 2010 10 y 24 de sept 2010 y 1 de octubre	Sala virtual, Computador, impresora, Copias, Transporte Infocus, Esferos Papeles, Refrigerio Cámara de fotos
1.4 Evaluación pre y post capacitación sobre Maltrato Infantil	Comunidad	10 Noviembre 2010	Sala virtual, computador, impresora, copias, Transporte, Infocus, Esferos , papeles, Refrigerio.
1.5 Charla a la comunidad sobre Maltrato infantil.	Maestrante y Comunidad	16 Octubre y 20 de Noviembre del 2010	Sala comunal Computador, impresora, Copias, Transporte, Infocus, Esferos , Papeles, refrigerio.
2. Conformar grupos de apoyo			
2.1 Reunión con los responsables	Pediatra, trabajadora Social, Psicóloga,	25 Mayo 2010	Papeles, esferos, computador, impresora, copias, transporte
2.1 Detección de casos	Pediatra	Mayo a Diciembre del	Papeles, esferos,

		2010	computador, impresora, copias, transporte
2.3 Informar a las autoridades pertinentes	Pediatra y Trabajadora Social	Mayo a Diciembre 2010	Papeles, esferos, computador, impresora, copias, transporte
2.4 Atención Integral	Pediatra Psicóloga	Mayo a Diciembre 2010	Hospital de Yaruquí
2.5 Seguimiento	Trabajadora Social, Pediatra, psicóloga	Mayo a Diciembre 2010	Hospital de Yaruquí Papeles, esferos, computador, impresora, copias, transporte.
3. Revisar y actualizar protocolos de manejo.			
3.1 Actualización de los Protocolos del MSP.	Maestrante	5 de Septiembre 2010	Papeles, esferos, computador, impresora, copias, transporte, libro de Normas y Protocolos de atención integral de la violencia intrafamiliar e internet
3.2 Socialización de los protocolos con el equipo de salud	Maestrante	20 Octubre 2010	Papeles, esferos, computador, impresora, copias, transporte,
3.3 Evaluación de aplicación de protocolos.	Personal del Hospital de Yaruquí	31 Diciembre del 2010	Papeles, esferos, computador, impresora, copias, transporte.

Elaborado: Dra. Rosario Vaca

Fecha: Marzo 2010

Fuente: Trabajo de Investigación

CAPITULO III

RESULTADOS

RESULTADO 1

Capacitar a las madres y padres de niños menores de 10 años sobre Maltrato Infantil.

Introducción:

Es importante para que este plan de prevención de Maltrato Infantil, que los padres y en lo posible la comunidad en general se capacite, a través de diferentes estrategias como la aplicación de talleres, charlas y entrega de guías, con el único propósito de lograr nuestro objetivo de disminuir su incidencia y prevalencia.

Actividades:

Para alcanzar este resultado se realizan las siguientes actividades:

Se realizaron 5 talleres de capacitación en el Hospital de Yaruquí los días viernes 13 y 27 de de Agosto, 10 y 24 de septiembre y el 1 de octubre del 2010. También se realizaron charlas en número de 2 en el Salón de la Junta Parroquial los días sábados 16 de octubre y 20 de noviembre, durante las capacitaciones se entrega de una guía de prevención de Maltrato Infantil.

1.1 Se elaboró el plan de capacitación.

Plan de Capacitación

Tema: Prevención de Maltrato Infantil

Objetivo general: Capacitar a las madres y padres para disminuir la incidencia del mismo.

Objetivo específico:Concientización, sensibilizar y educación a las madres y padres de niños menores de 10 años sobre prevención de maltrato infantil sus causas y consecuencias.

Fecha:Agosto,Septiembre y octubre del 2010.

Lugar: En la sala virtual del Hospital de Yaruquí, que corresponde a la Jefatura de salud del Área N° 14, escuelas y en el salón comunitario.

Duración:El taller tuvo tiempo de duración de 2 horas.

Responsable:La capacitación es exclusiva responsabilidad del maestrante. Se utilizó los siguientes materiales: papel, esferos, infocus, laptop, cámara de fotos, refrigerio.

Invitación: Madres y padres de niños menores de 10 años.

Número de Asistentes:Acudieron a esta casa de salud trescientos padres y madres de niños menores de 10 años este sector durante los talleres.

Quién maneja el infocus: Compañera del Hospital.

Durante la capacitación se facilitan hojas y esferos para la evaluación (test) y realización de preguntas.

**Matriz del plan de capacitación sobre maltrato Infantil para madres y padres
que acuden al Hospital de Yaruquí 2010**

FECHA: Agosto- Septiembre - Octubre del 2010 .

RESPONSABLE: Dra. Rosario Vaca

TEMA	METODOLOGÍA	HORA
Presentación		09H00 a 09H10
Evaluación de conocimientos y situación familiar en la familia	Pretest a las madres y padres de la comunidad	09H10 a 09H20
Maltrato Infantil “ Definición , causas, consecuencias y prevención”	Exposición	09H20 a 10H20
Evaluación de conocimientos luego de la capacitación	Aplicación de Test	10H20 a 10H30
Evaluación de la capacitación	Evaluación	10H30 a 10H40
Preguntas y Respuestas	Diálogo entre la maestrante y los padres	10h40 a 11h00
Refrigerio		11h00- 11h15

Elaborado: Dra. Rosario Vaca Aprobado. Dirección Médica Fecha: Agosto 2010
--

1.2 Elaborar una guía de orientación sobre el MI.

GUÍA DE PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL.

Las niñas y los niños tienen derecho emocional a vivir libres de violencia, de abuso físico, o sexual, por lo que ningún adulto, así sean sus padres, pueden abusar de ellos y mucho menos, marchitar su inocencia”.

Esta guía servirá como herramienta de diagnóstico y educativa para detectar y comprender el grave problema del Maltrato Infantil, presente en nuestra sociedad, que necesita del compromiso de cada uno de nosotros desde nuestras respectivas funciones (familiares, laborales y sociales), con el único objeto de evitar o disminuir potenciales consecuencias.

¡UNIDOS PODREMOS LOGRAR LA FELICIDAD DE MUCHAS NIÑAS y NIÑOS!

ÍNDICE

¿Qué es maltrato Infantil?

¿Quiénes son los maltratadores?

¿Por que maltratan?

¿Qué características tienen los maltratadores?

Prevención del Maltrato Infantil

Características para sospechar el Maltrato Infantil

Características de Violencia sexual al Niño

¿Cómo detectar el abuso Sexual Infantil?

¿Un solo factor de riesgo explica la existencia de Maltrato en el Niño?

¿Cuáles son las consecuencias del maltrato Infantil acorto y Largo plazo?

El niño aprende lo que vive

¿Qué hacer ante el conocimiento del hecho?

¿Qué es el Maltrato Infantil?

El maltrato infantil como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar.

De forma sencilla y operativa se distinguen los siguientes tipos de maltrato:

- Maltrato físico
- Negligencia
- Abuso sexual
- Maltrato emocional
- Maltrato prenatal
- Síndrome de Münchausen por poderes.

Maltrato físico:

Toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.

Negligencia:

La omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor.

- La negligencia intrafamiliar viene a identificarse con el abandono de las obligaciones que socialmente son encomendadas a los padres o tutores de un menor. Por eso en España se considera que se actúa negligentemente cuando:
- No se proporciona al menor la alimentación adecuada a su edad.
- Se descuidan sus necesidades en el vestido y en el calzado.
- No se atienden sus necesidades sanitarias (No tener las vacunaciones al día, no proporcionar la medicación a su tiempo y con las dosis indicadas, no visitar al médico cuando se muestren estados de salud deficientes).
- Se descuidan las necesidades educativas. Todo lo que implique absentismo escolar se considera negligencia.
- Descuido en la higiene.
- Largos periodos sin supervisión del menor por los padres o tutores.
- Repetidos accidentes domésticos.

Abuso sexual:

Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen el voyerismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte un familiar aunque la relación sexual se mantenga con terceros.

Maltrato emocional:

Cualquier acción, normalmente de carácter verbal, o cualquier actitud de un adulto hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él daños psicológicos, Las actitudes que mantienen los adultos hacia los menores son fundamentales en el caso del maltrato emocional:

- Conductas de ignorar al menor.
- Actitudes de distanciamiento, de desapego, o la privación de afectos y de seguridad (maltrato emocional pasivo).
- Conductas como gritar al menor, enfurecerse con él, regañarles violentamente, amenazarlos (maltrato emocional activo).
- Inducción en los menores de comportamientos antisociales mediante la realización de actividades inadecuadas en presencia de los niños (emborracharse, drogarse, el menor es testigo de conductas violentas).

Maltrato prenatal:

Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.

Síndrome de Münchausen por poderes:

Los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades

o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario. El progenitor implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y mantener esta relación.

La relación del padre/madre perpetrador y el niño afectado es patológica.

El abuso y maltrato a niños es un problema ,social y universal que ha existido desde tiempos remotos sin embargo es en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño (ONU 1959) cuando se lo considera el abuso y maltrato infantil como un delito con repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

Lo primero que tenemos que hacer, es vencer nuestros prejuicios, individualmente y como sociedad, para aceptar y reconocer que el **Maltrato Infantil** existe y es mucho más frecuente de lo que nos gustaría creer. Aceptar que ocurre en todos los niveles socio económico y cultural incluso en las “mejores familias”.

El abuso se puede prevenir, educando a las familias y especialmente a los niños para que puedan "autoprotgerse". El diálogo abierto, franco y responsable al interior del hogar es la principal herramienta de prevención.

¿Quiénes son maltratadores?

Son todas aquellas personas que cometen actos violentos hacia su pareja o hijos, también puede ser hacia otros en general.

¿Por qué maltratan?

Porque no saben querer

no saben comprender

no saben respetar

¿Qué características tienen los maltratadores?

- Tienen baja autoestima.
- No controlan sus impulsos.
- Fueron víctimas de maltrato en su niñez.
- No saben expresar afecto.

Prevención del Maltrato Infantil

"La comunicación es prevención porque posibilita encontrar un espacio, ser protagonistas, aprender a respetar al otro, a formar espíritu crítico, aceptar el error como incentivo para la búsqueda de otras alternativas y ayuda a superar las dificultades porque la carga se reparte".

Características para Sospechar Maltrato Infantil

Existe la posibilidad de Abuso Físico cuando el niño:

- Quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados, o dolores en el niño que aparecen bruscamente y no tienen una explicación convincente.
- Hematomas u otras marcas evidentes luego de haber faltado a clases.
- Parece temerle a sus padres y protesta o llora cuando es hora de dejar el colegio para ir a su casa.
- Le teme al acercamiento o contacto de otros mayores.
- Nos dice que le han pegado en su casa.
- Fracturas: sin explicación, en cualquier parte del cuerpo
- Mordedura humana con medidas de adulto (más de 3 cm entre caninos).
- Intoxicación por sustancias químicas (medicamentos).
- Ausentismo escolar relacionado con la lesión.
- Vestimenta inadecuada que oculta la lesión.
- Abandono y explotación.

Existe la posibilidad de Abuso Físico cuando sus padres o mayores a cargo:

- Frecuentemente se refieren a su hijo/a como "un demonio" o en alguna otra manera despectiva.
- Es frecuente ver que tratan al niño/a con disciplina física muy dura.
- Sus padres tienen antecedentes de haber sido niños maltratados o abandonados.
- Existe el antecedente de que la madre ha sido golpeada.
- Es frecuente que la madre del niño concurra con algún moretón u "ojo en compota".

- Ante una lesión o traumatismo evidente en el niño/a no brindan una explicación convincente o se enojan ante la pregunta de lo ocurrido.

Características de violencia sexual al niño:

- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Dolor o escozor en la zona genital.
- Contusión o sangrado en genitales externos, vagina o ano.
- Enfermedad de transmisión sexual.
- Mal control de esfínteres.
- Infección urinaria a repetición.
- Embarazo al inicio de la adolescencia
- Cérvix o vulva hinchados o rojos. Semen en boca, genitales o ropa.
- Enfermedades Psicosomáticas.

Como Detectar el Abuso Sexual Infantil

Siempre se espera que un niño ó niña nos o le avise a alguien cercano de que está siendo abusado. Sin embargo, es particularmente difícil para los niños revelar que fueron abusados. Nuestra sociedad nos condiciona a creer que las emociones deben estar siempre en control, de otras personas y de su entorno. Sin embargo cuando el abuso ha ocurrido, el niño desarrolla una variedad de pensamientos e ideas angustiantes.

No hay niño preparado psicológicamente para hacer frente a la ansiedad y angustia que ocasiona el abuso. Es típico que cuando el abuso ocurre en el seno familiar, el niño puede tenerle miedo a la ira, los celos o la vergüenza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer que la familia se desintegre si el descubre al abusador.

Por eso es el deber de todo nosotros estar atentos a las reacciones de los niños para poder reconocer si el mismo ha sido o es abusado.

¿Un solo factor de riesgo explica la existencia de maltrato en el niño?

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo.

¿Cuáles son las consecuencias del maltrato a niños a corto y largo plazo?

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos, las consecuencias más comunes son 8-10:

- Aislamiento social
- Agresividad
- Alcohol (abuso de/ dependencia)
- Alimentaria (desórdenes de la conducta)
- Ansiedad

- Aprendizaje (problemas de)
- Atención (disminución de)
- Auto concepto (pobre)
- Autoestima (pobre)
- Concentración (disminución de la)
- Conducta (cambios de)
- Conductas (desordenes de la)
- Conductas destructivas
- Cooperación (pobre)
- Culpa (sentimientos de)
- Delincuencia (conductas delictivas)
- Dependencia en las relaciones sociales
- Depresión
- Desobediencia
- Drogas (abuso)
- Emocional (desajustes)
- Escolarización (pobre rendimiento, bajas expectativas escolares, absentismo)
- Estrés postraumático
- Hiperactividad
- Hostilidad
- Cambios de Humor
- Impulsividad
- Miedo a la relación con las personas
- Socialización (Problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño, de socialización)
- Alteraciones del sueño
- Sexualidad (Conductas sexuales inapropiadas, Conductas sexuales agresivas)
- Suicidio (ideaciones, autolesiones).

El niño aprende lo que vive

Si vive con tolerancia aprende a ser paciente

Si vive criticado aprende a condenar

Si vive con aprobación aprende a confiar en sí mismo

Si vive con vergüenza aprende a sentirse culpable

Si vive en equidad aprende a ser justo

Si vive con seguridad aprende a tener fe en sí mismo

Si vive hostilizado aprende a pelear

Si vive en la aceptación y la amistad aprende a encontrar el amor en el mundo

Si vive engañado aprende a mentir

¿Qué Hacer ante el Conocimiento del Hecho?

Todos debemos denunciar situaciones de maltrato infantil de las que tomemos conocimiento, inclusive la sospecha del mismo, pero los docentes también están en la obligación por ley a hacerlo. Es muy importante saber que podemos realizar la denuncia (que puede ser anónima) a los siguientes lugares: Hospital a través del departamento de Trabajo Social, DINAPEN, Centro de Equidad y Justicia, y la Fiscalía de Tumbaco.

Los maestros y el pediatra le pueden ayudar sobre la enseñanza que debe darle a los niños para evitar el maltrato Infantil.

Los pediatras comprenden la importancia de la comunicación entre los padres e hijos.

Su médico está entrenado para detectar signos de maltrato y abuso sexual Infantil, pídale los consejos necesarios para proteger a los niños.

1.3 Taller de capacitación

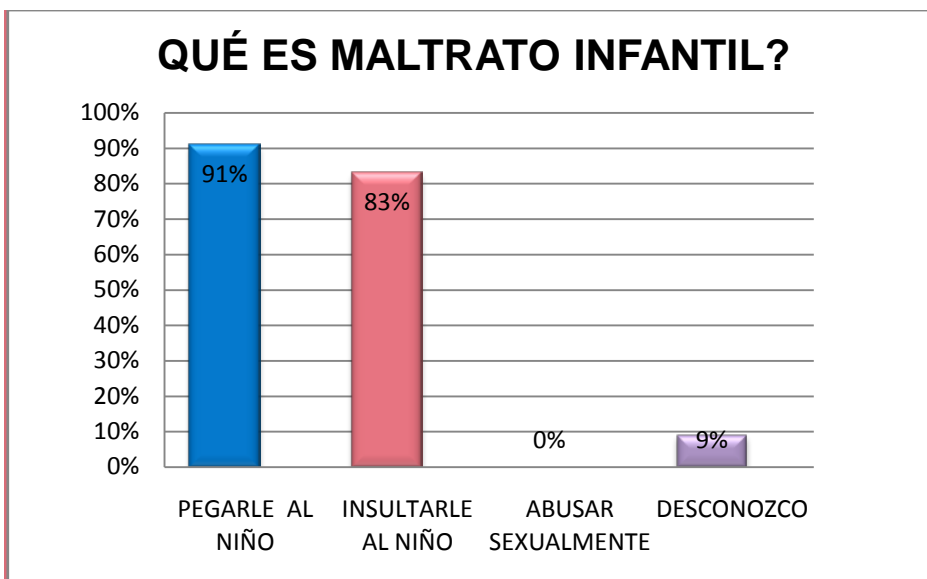
- Se reunió con trescientos padres y madres de niños menores de 10 años para la capacitación en la sala virtual y Hall del hospital en 5 grupos, sala comunal y escuelas(anexo 1).
- Se evaluó su capacitación a través de un test (anexo2).
- Se elaboró un informe.

1.4 Evaluación de Pre test y Post test

Pretest sobre Maltrato Infantil antes de la capacitación.

1.- Puede señalar lo que considera usted que es maltrato infantil.?

PEGARLE AL NIÑO	91%
INSULTARLE AL NIÑO	83%
ABUSAR SEXUALMENTE	0%
DESCONOZCO	9%

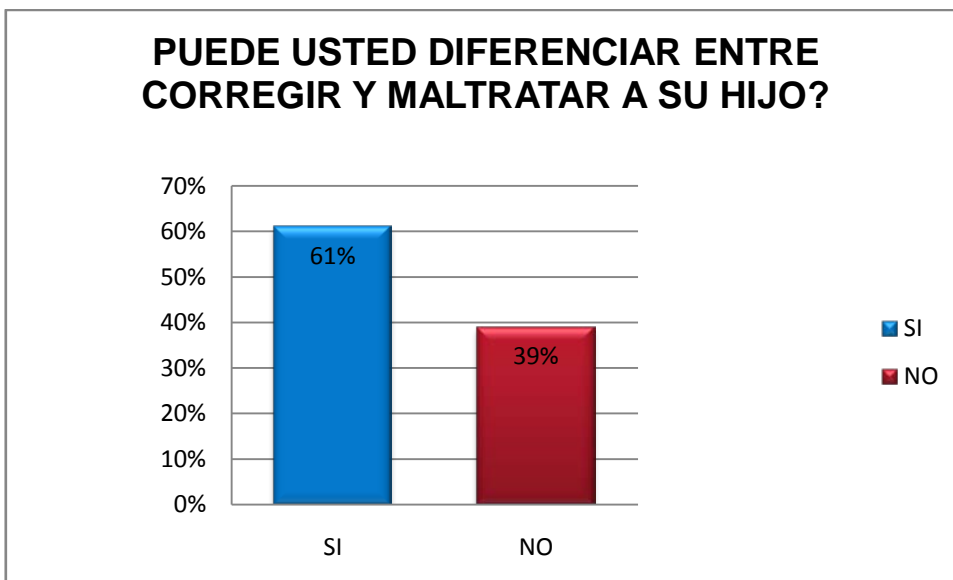


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Con respecto si conocen que es maltrato infantil: el 91 % señala que es pegarle al niño, el 83 % insultarle, nadie se refiere al abuso sexual, y desconocen el 9%.

2.- Puede Usted diferenciar entre corregir y maltratar a su hijo.?

SI	61%
NO	39%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Con respecto a si pueden diferenciar entre corregir y maltratar a un niño: el 61% afirma que si pueden diferenciar y el 39% no.

3.- Cree que alguna vez su hijo ha sido maltratado por usted o por otra persona.?

SI 90%

NO 10%

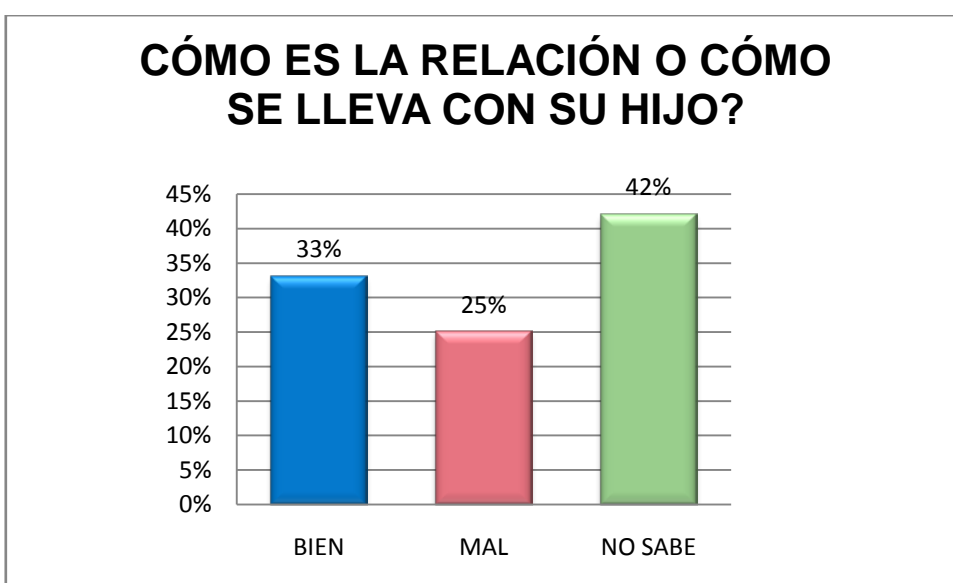


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 90% de las madres y padres aseguran que alguna vez maltrataron a su hijo y el 10% no.

4.- Cómo es la relación o cómo se lleva con su hijo.?

BIEN	33%
MAL	25%
NO SABE	42%

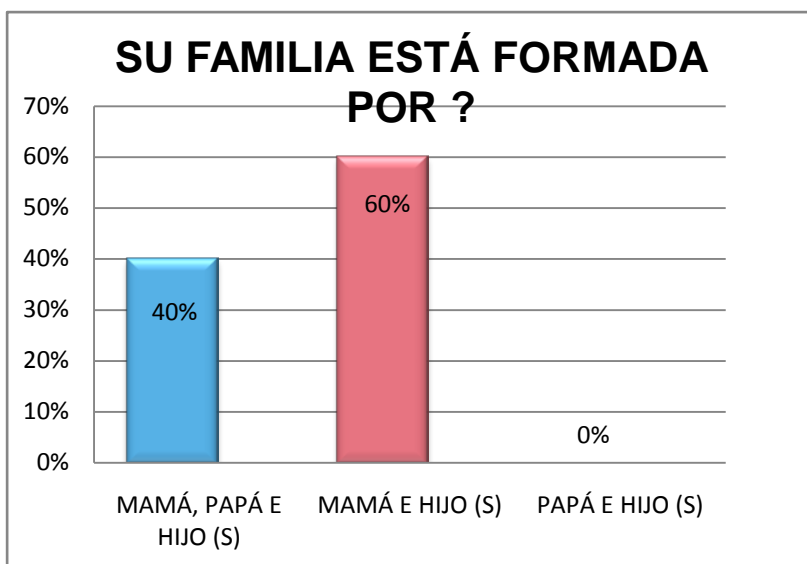


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 33% tienen una buena relación, el 25% tienen una mala relación y el 42% no saben.

5.- Su familia está formado por:

MAMÁ, PAPÁ E HIJO (S)	40%
MAMÁ E HIJO (S)	60%
PAPÁ E HIJO (S)	0%

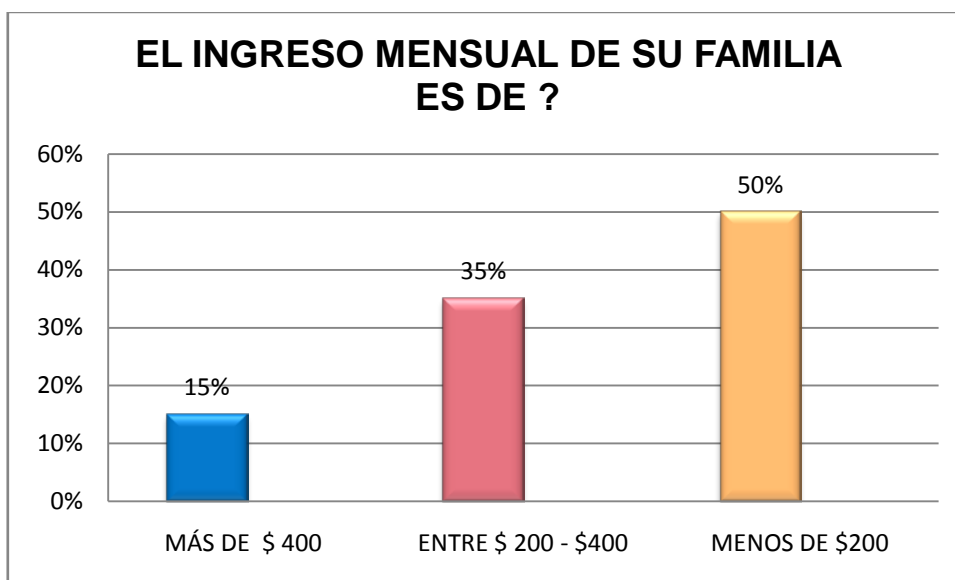


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 40% tienen una familia estructurada, y el 60% la familia solo la conforman madre e hijo (s), lo cual nos indica que este porcentaje corresponde a familias desintegradas.

6.- El ingreso mensual de su familia es de:

MÁS DE \$ 400	15%
ENTRE \$ 200 - \$400	35%
MENOS DE \$200	50%

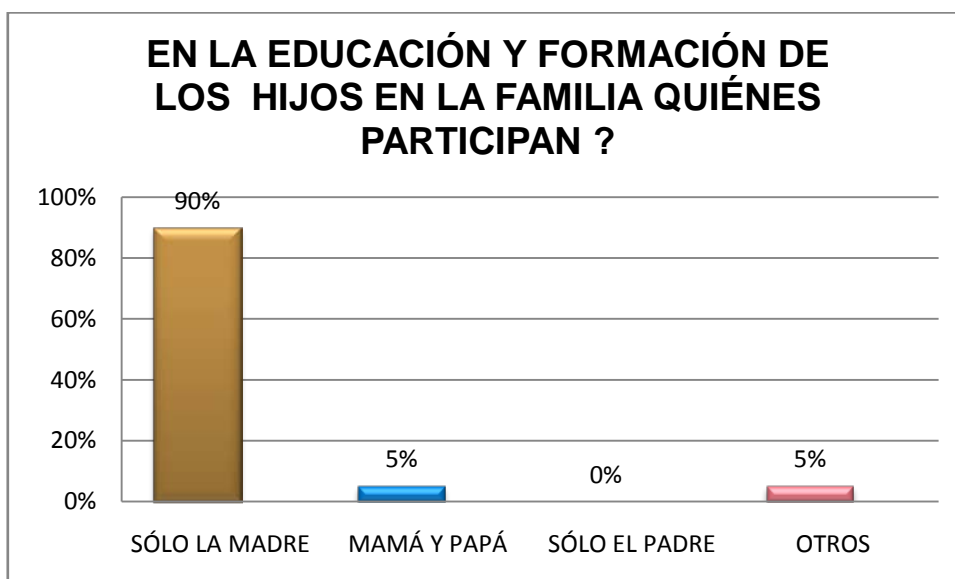


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 50% de las familias tienen un ingreso por debajo del salario mínimo vital, el cual no alcanza para cubrir las necesidades básicas (canasta básica familiar tiene un valor de 506 dólares, según el reporte del INEC), el 35% perciben un ingreso alrededor del salario mínimo vital y el 15% tienen ingresos sobre el salario mínimo vital. El ingreso económico de estas familias son bajos que no bastan a cubrir las necesidades básicas de la familia.

7.- En la educación y formación de los hijos en la familia quienes participan.?

SÓLO LA MADRE	90%
MAMÁ Y PAPÁ	5%
SÓLO EL PADRE	0%
OTROS	5%

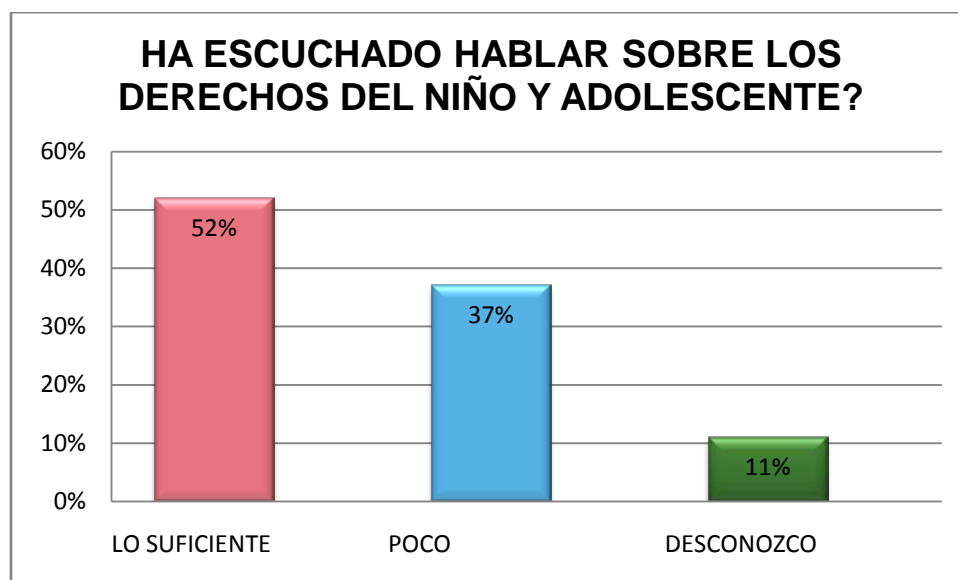


Elaboradora Por: Dra. Rosario Vaca

El 90% de las madres se encargan exclusivamente de la formación, el 5% lo realizan ambos padres y el 5% nos indica la poca participación de los padres en el proceso educativo de sus hijos.

8.- Ha escuchado hablar sobre los derechos del Niño y Adolescente?

LO SUFICIENTE	52%
POCO	37%
DESCONOZCO	11%



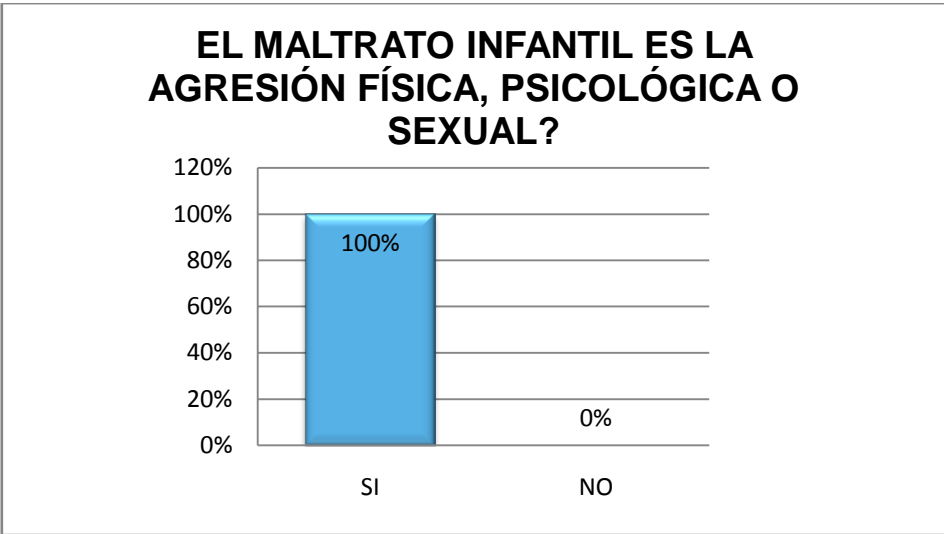
Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 52 % de los padres han escuchado lo suficiente sobre los derechos de los niños, el 37% tienen escasos conocimientos sobre los derechos del Niño y Adolescente y el 11% desconoce.

POSTEST SOBRE MALTRATO INFANTIL LUEGO DE LA CAPACITACION

1.- El maltrato infantil es la agresión, física, psicológico o sexual?

SI 100%
NO 0%

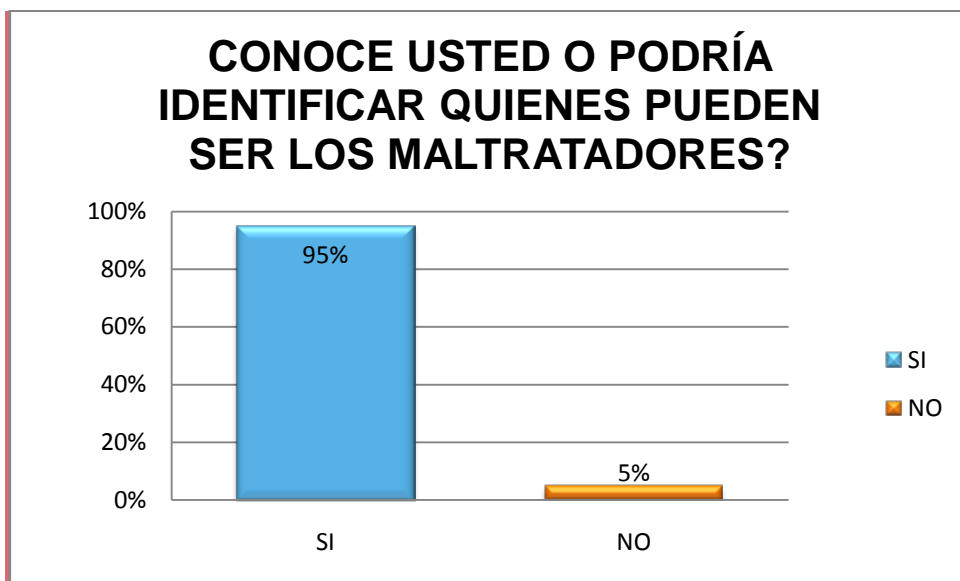


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 100% conocen que el maltrato infantil constituye la agresión física, psicológica o sexual

2.- Conoce usted o podría identificar quiénes puede ser los maltratadores?

SI	95%
NO	5%



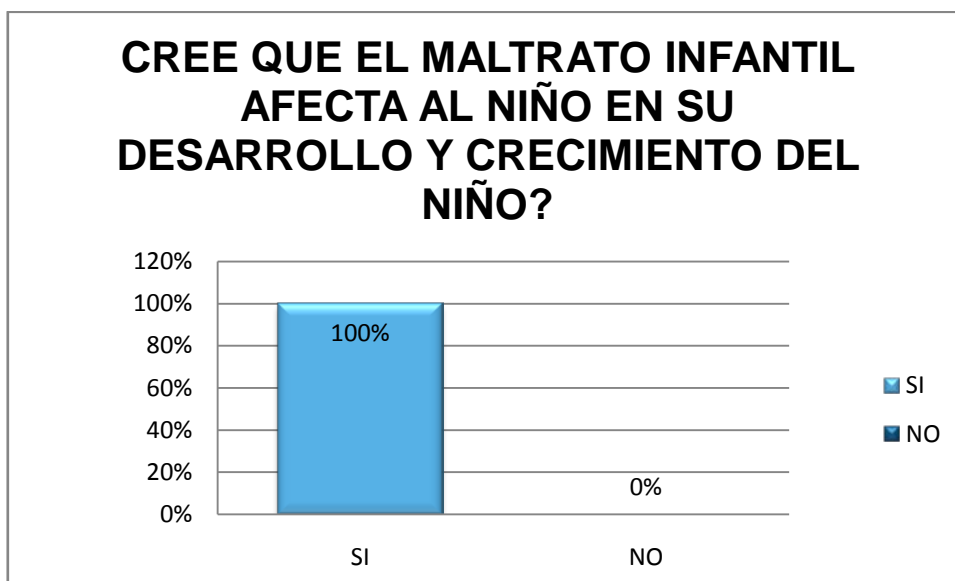
Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 95% están en la capacidad de reconocer los posibles maltratadores.

3.- Cree que el Maltrato infantil afecta al niño en su desarrollo y crecimiento del niño, estado de salud. Desarrollo psicológico y emocional, es un niño muy tímido o agresivo, tiene bajo rendimiento escolar, hasta empieza a orinarse en la cama, etc.?

SI 100%

NO 0%

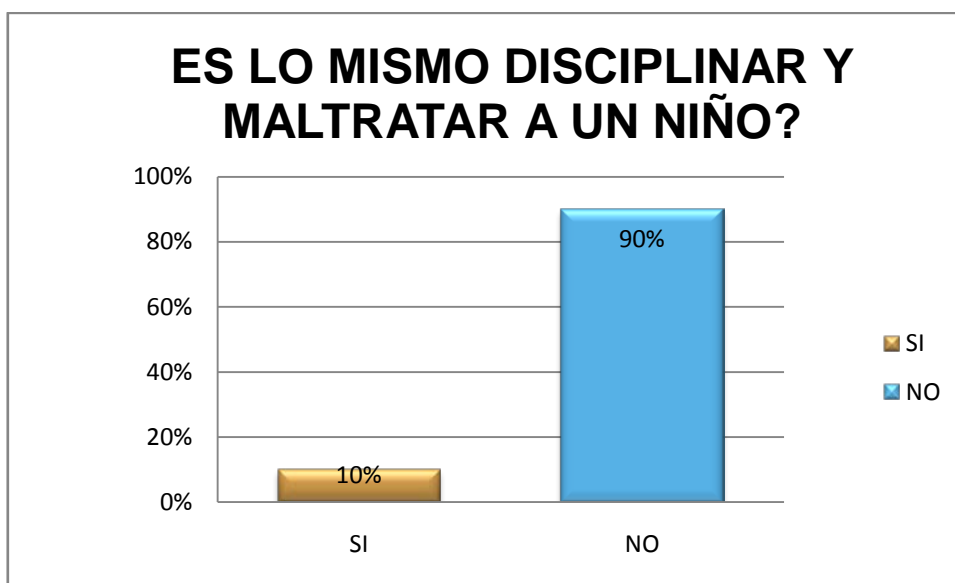


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 100% conocen que el maltrato infantil lleva a una serie de complicaciones no sólo en su desarrollo, sino también en su salud, crecimiento, su desarrollo emocional y psicológico.

4.- Es lo mismo disciplinar y maltratar a un niño.?

SI	10%
NO	90%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Ahora el 90% de los padres saben diferenciar entre disciplinar y maltratar.

5.- Sabe qué hacer para no llegar al maltrato?

SI	96%
NO	4%

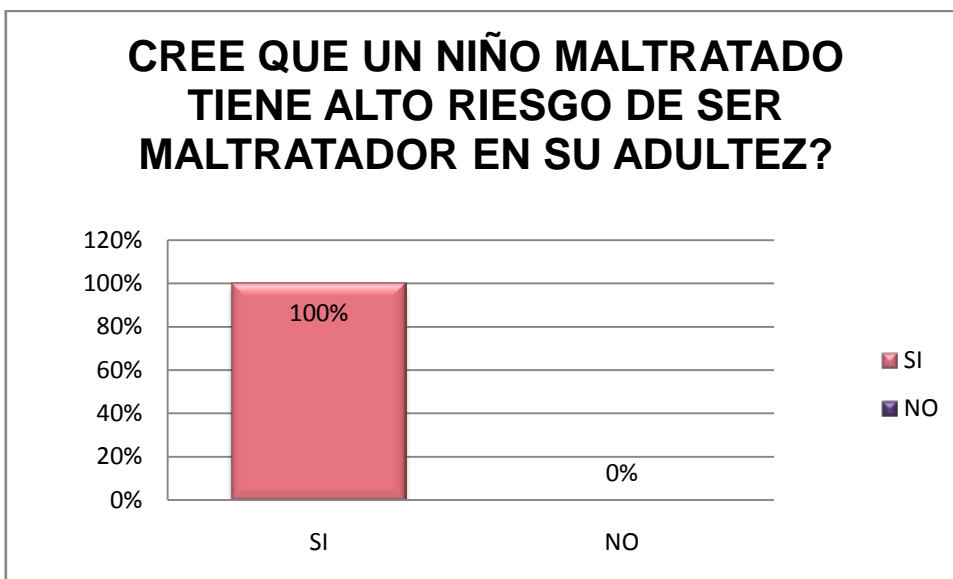


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 96% de los padressaben qué hacer para no llegar al maltrato.

6.- Cree que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser maltratado en su adultez?

SI	100%
NO	0%

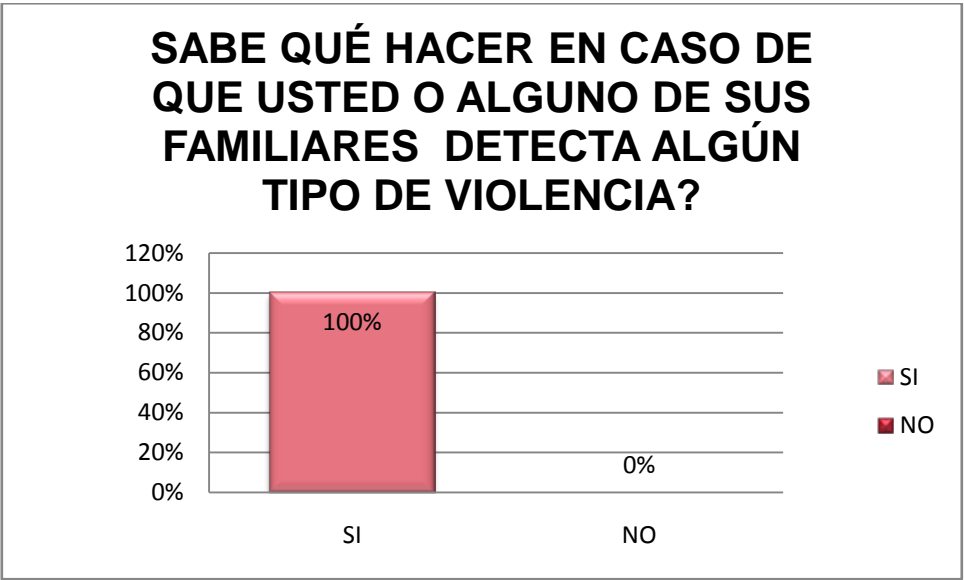


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 100% de los padres conocen que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser maltratador.

7.- Sabe qué hacer en caso de que usted o alguno de sus familiares detecta algún tipo de violencia?

SI 100%
NO 0%

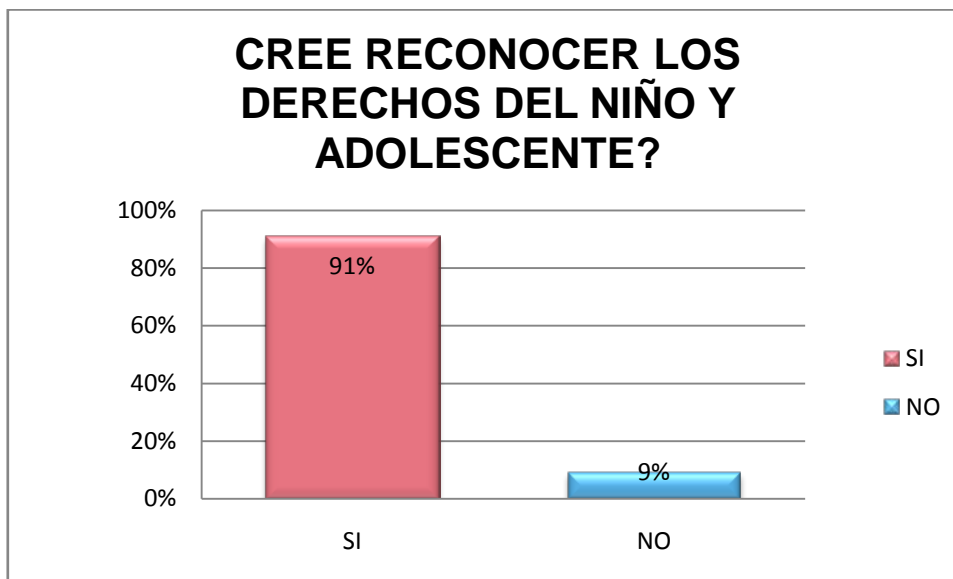


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 100% de las madres saben qué hacer si se detecta maltrato o violencia intrafamiliar.

8.- Cree reconocer los derechos del Niño y del Adolescente?

SI	91%
NO	9%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

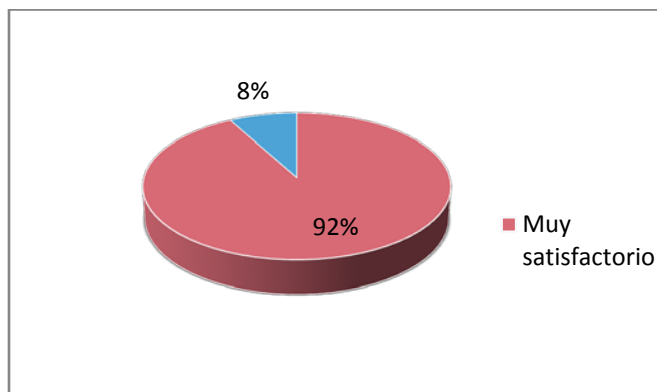
El 91% identifican los derechos del Niño y Adolescente.

Evaluación al capacitador

Se tomó en consideración los siguientes datos:

1. Tema expuesto en la capacitación: (anexo 3)

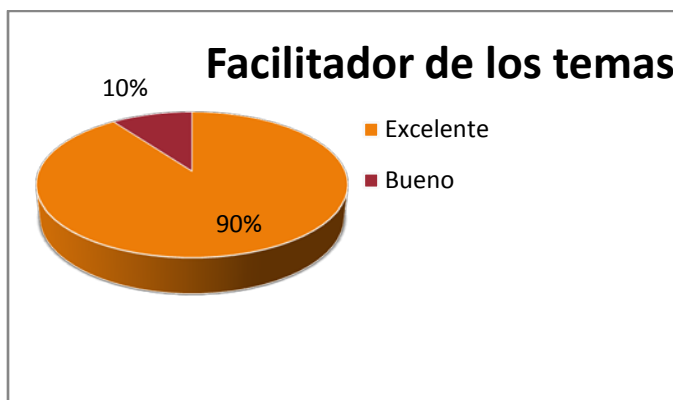
Representación gráfica del tema expuesto



Fecha:Septiembre 2010.
Fuente: Auditorio del Hospital.
Elaborador Por: Dra. R. Vaca

El 92 % de los asistentes indican que el tema expuesto es muy satisfactorio y satisfactorio en un 8 %.

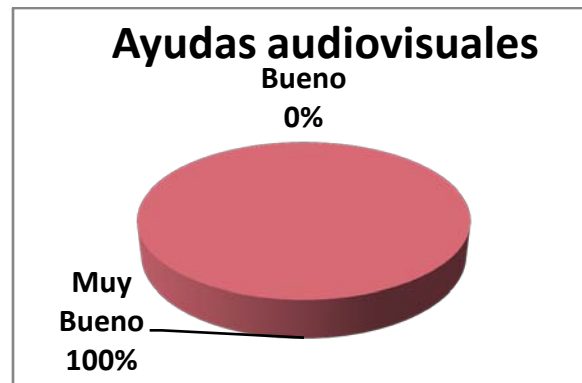
2. El facilitador del tema fue:



Fecha:Septiembre 2010.
Fuente: Auditorio del Hospital.
Elaborador Por: Dra. R. Vaca

De los asistentes indican que el facilitador fue excelente en un 90%, y bueno en un 10%

3. La ayudas audiovisuales en la capacitación fueron:



Fecha: Septiembre 2010.
Fuente: Auditorio del Hospital.
Elaborador Por: Dra. R. Vaca

La ayuda de audiovisuales en la capacitación fue buena en un 100%.

1.5 CHARLAS A LA COMUNIDAD

Las charlas sobre maltrato infantil a la comunidad se realizaron en número de 2 los días sábados 16 de octubre y 20 de noviembre en el Salón Comunal a las 15h00, con una duración de 1 hora, al finalizar la charla se entregó guías de prevención para facilitar el aprendizaje y un refrigerio.

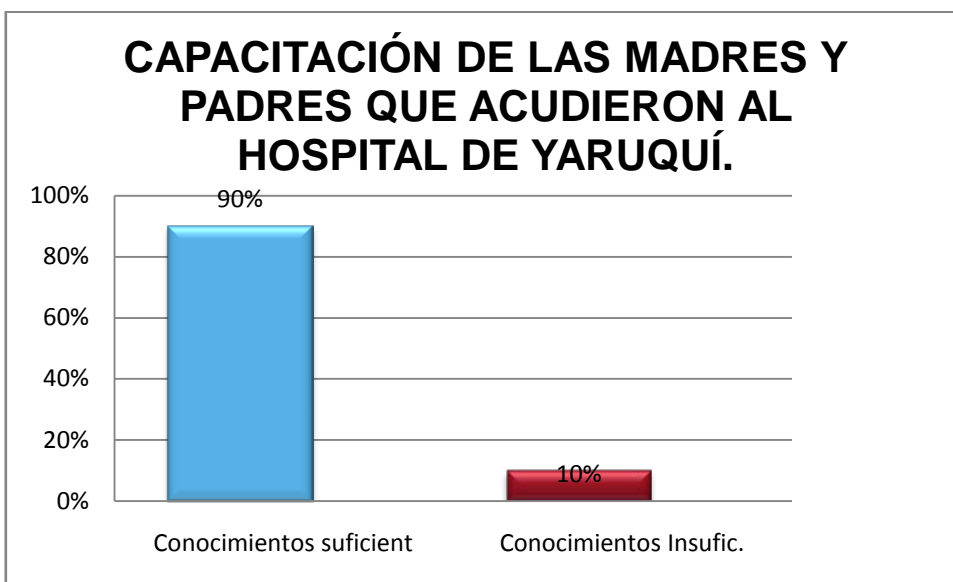
La comunidad que asistió fue a libre demanda, en un total de 128 personas, entre niños, adolescentes, madres y padres de familia. (Anexo 4)

ANÁLISIS DEL PRIMER RESULTADO

Capacitación de los padres y madres que acudieron al Hospital de Yaruquí

Conocimientos suficientes 90%

Conocimientos Insuficientes. 10%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Indicador: El 80% de las madres y padres de niños menores de 10 años serán capacitados durante 2010.

De acuerdo a nuestro indicador, se logró capacitar alrededor del 90% (270 padres) de los padres que acudieron al hospital de Yaruquí por demanda espontánea, cumpliendo con nuestro objetivo, por lo tanto estamos seguros que estas estrategias disminuirán en gran medida la incidencia de MI en este sector con la participación activa de la comunidad y el grupo de apoyo. El 10% presento luego de la capacitación conocimientos insuficientes sobre Maltrato Infantil.

El capacitar a los padres constituye una clase de educación para padres o consejería de modo que puedan aprender formas adecuadas de tratar sus actitudes con la familia.

Es importante que la sociedad se informe acerca del maltrato infantil, esto permite mayor conocimiento del tema y que se tomen las medidas para ayudar o para no maltratar a los hijos. “Todo tipo de maltrato tiene consecuencias a corto y largo plazo”.

RESULTADO 2

2. Conformar grupos de apoyo

Introducción:

El abuso infantil ocurre en todos los niveles socioeconómicos y grupos, especialmente en las edades más tempranas de la vida, en los ancianos y en la mujer. Esto obliga a los estados y los gobiernos a reflexionar sobre lo importante que es la protección de estos miembros de la familia, por eso la importancia de conformar grupos de apoyo ante esta situación mucho más si un niño le dice que él o ella está siendo abusado, con el afán de alentar, asegurar y proteger al niño, ofrecer su terapia familiar e individual y su posterior seguimiento para la reinserción familiar y social mejorando en un futuro su desarrollo humano.

El grupo de apoyo tendrá que reportar el caso, a las autoridades correspondientes del hospital y comunidad, se elaborará el informe y se procederá a adoptar medidas para garantizar la seguridad del niño.

ACTIVIDADES:

2.1 Se reunió con las personas responsables. (anexo 5)

El grupo de apoyo está conformado por:

- Pediatra (Dra. Viteri)
- Trabajadora Social (Lcda.: Jacqueline Díaz)
- Psicóloga (universidad Salesiana)
- Representantes de la Comunidad (Voluntaria Sra. Carmen Garzón)

Los lineamientos y compromisos del grupo de apoyo para con los niños de riesgo fueron actividades encaminadas a prevenir y evitar nuevos casos de maltrato infantil en el hogar o cualquier otro lugar (escuela), así como la atención integral de este problema social y su posterior seguimiento.

2.2 Detección de casos de maltrato infantil.

CASOS MALTRATO SEGÚN SEXO

NIÑOS	40%
NIÑAS	60%

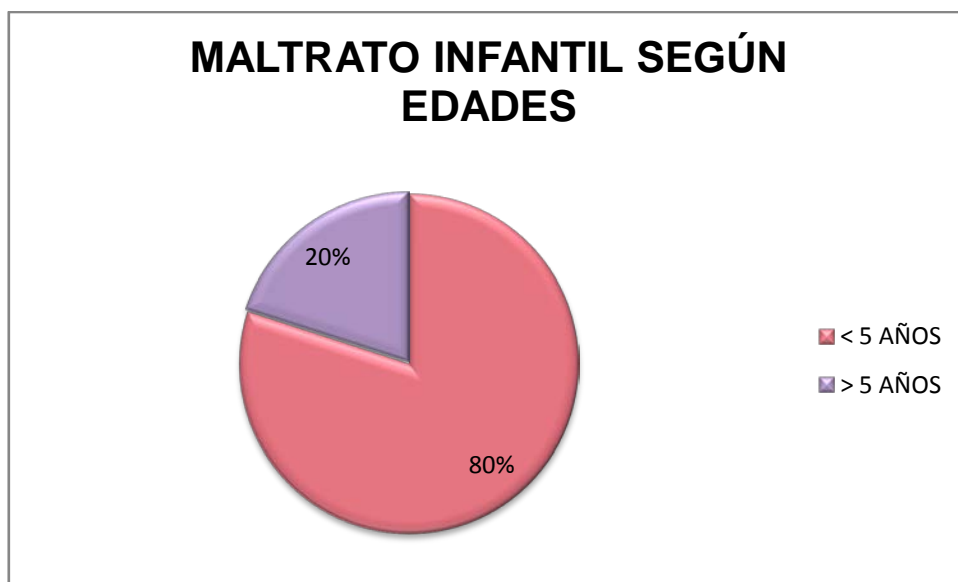


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Durante el 2010 se detectaron 40 casos en el Hospital de Yaruquí, 16 fueron niños (40%) y 24 niñas (60%).

MALTRATO INFANTIL SEGÚN EDADES

< 5 AÑOS	80%
> 5 AÑOS	20%



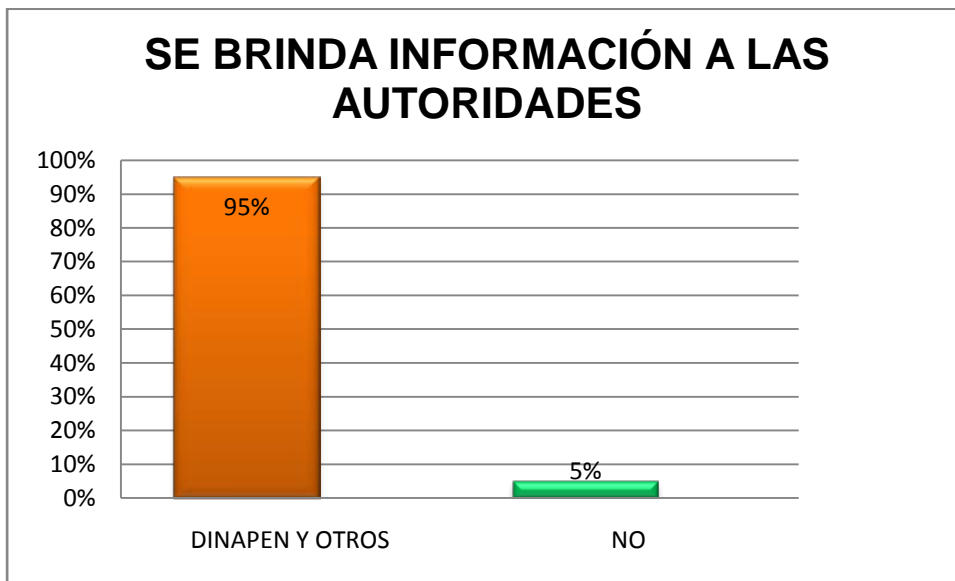
Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 80% fueron menores de 5 años y el 20 % presentaron una edad comprendida entre los 6 y 9 años, a los cuales se brindo atención médica, orientación y asesoría al niño, y la familia para superar los riesgos que implican las situaciones de maltrato.

2.3 Se informó las autoridades pertinentes.

SE BRINDA INFORMACIÓN A LAS AUTORIDADES

DINAPEN Y OTROS	95%
NO	5%



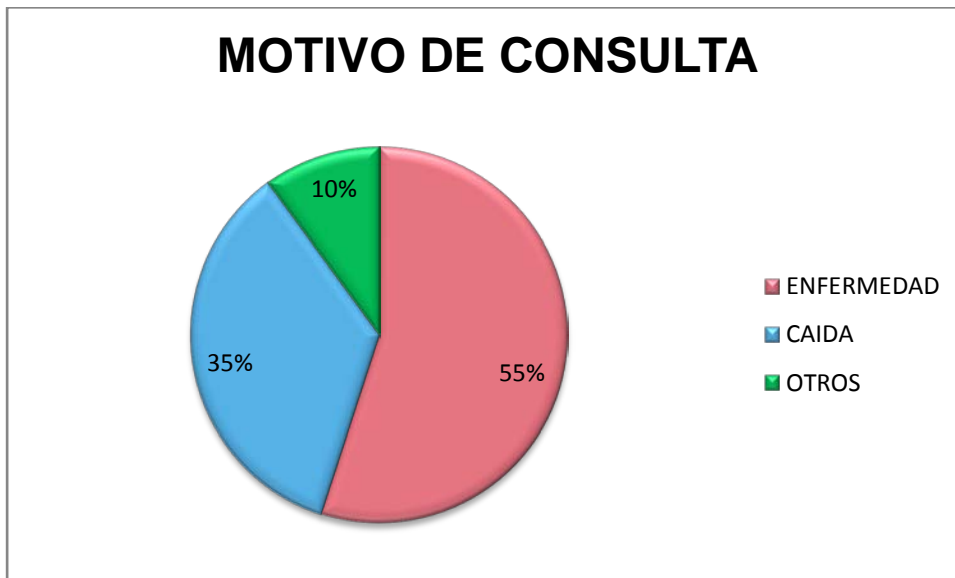
Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Se informó en el 95 % de los casos que corresponde a 38 casos a las autoridades como el DINAPEN para su registro y su protección pertinente. Fiscalía. Centro de equidad y justicia. La denuncia fue hecha en un plazo hasta de 48 horas, cuyo trámite fue gratuito y no requirió de abogados, el 5 % no pudo ser informado.

2.4 Se proporcionó atención integral a los casos con MI.

MOTIVO DE CONSULTA

ENFERMEDAD	55%
CAIDA	35%
OTROS	10%

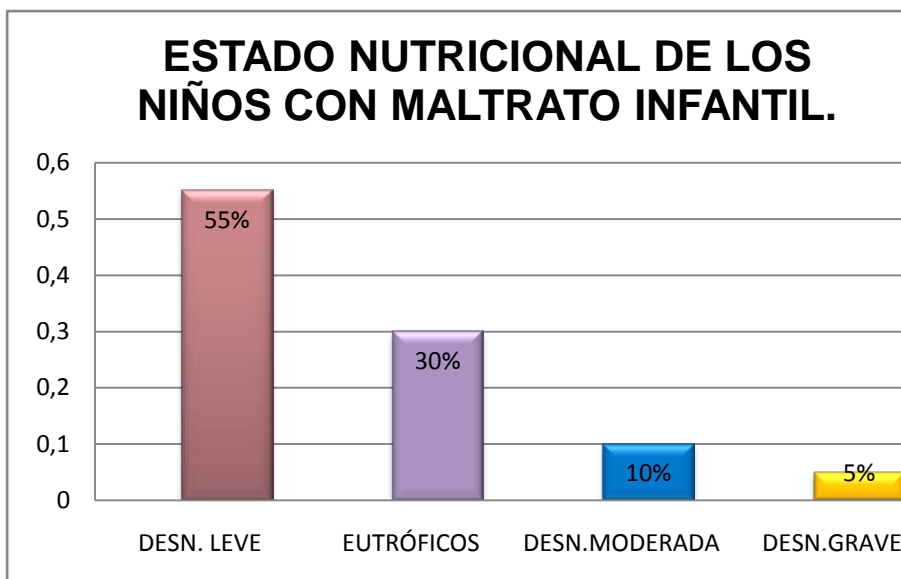


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El principal motivo de consulta en el Hospital de Yaruquí fue por enfermedad entre ellas Infección Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas en un 55 %, por caídas en un 35 % y finalmente el 10% (4 niños) por otras causas entre ellas quemaduras, fracturas e intoxicación.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL

DESN. LEVE	55%
EUTRÓFICOS	30%
DESN.MODERADA	10%
DESN.GRAVE	5%

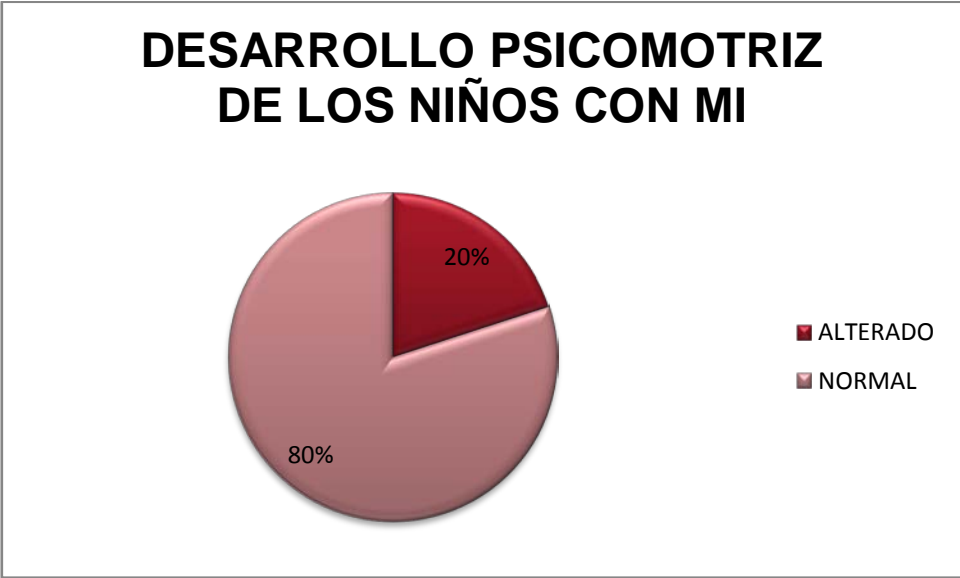


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Durante la valoración clínica pediátrica se determinó que 55% presentan desnutrición leve con afectación del peso y talla para la edad y un 10 % desnutrición Moderada, el 30 % tenían un crecimiento pondo-estatural aceptable dentro de los percentiles 10 y 60, y de todos estos 2 casos (5%) presentaron una desnutrición grave que necesitaron atención especializada multidisciplinaria siendo transferidos a otra casa de salud.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS CON MI

ALTERADO	20%
NORMAL	80%

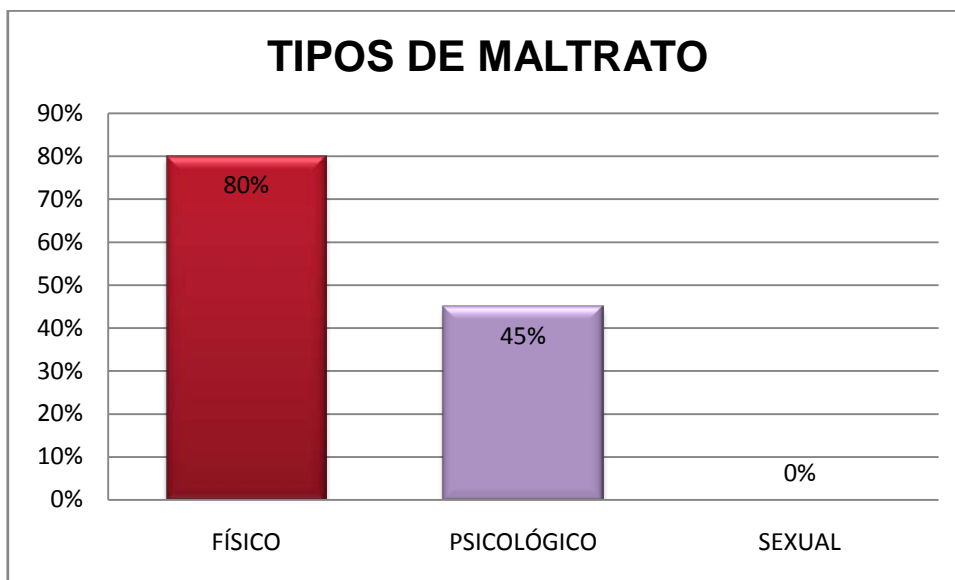


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 20% presentan retraso del desarrollo psicomotriz y del lenguaje.

TIPOS DE MLTRATO

FÍSICO	80%
PSICOLÓGICO	45%
SEXUAL	0%

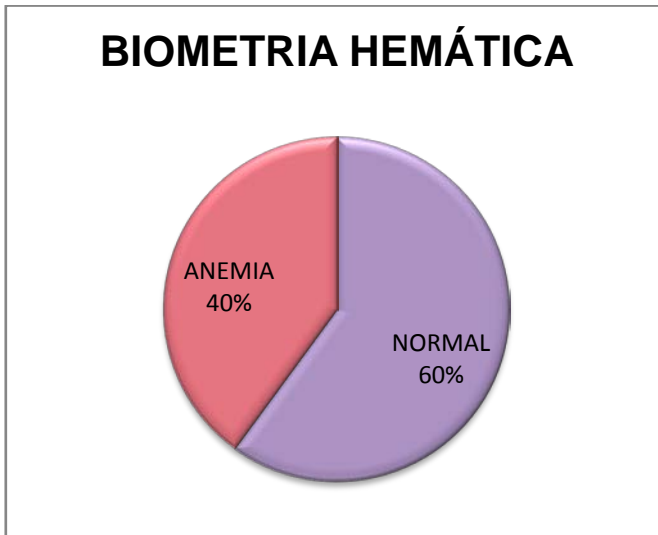


Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 80% fueron maltratos físicos, el 45% (18 niños) fueron maltratos psicológicos, no se registraron maltratos o abusos sexuales, pero el 20% no presentaba estigmas físicos de trauma.

BIOMETRIA HEMATICA

NORMAL	60%
ANEMIA	40%

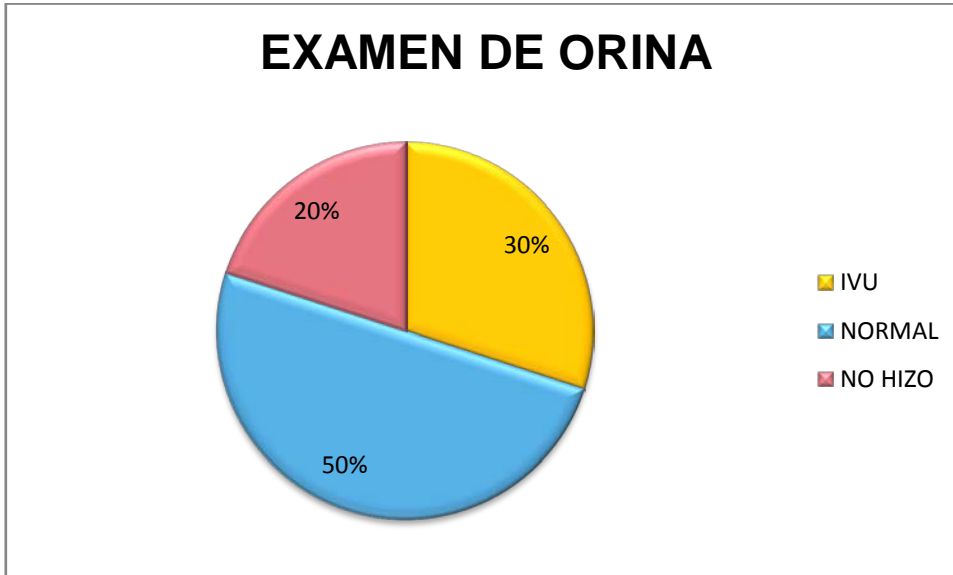


Elaborado Por: Rosario Vaca

Con lo referente a exámenes de laboratorio: la biometría hemática reveló anemia ferropénica en el 40%, y el resto dentro de parámetros normales.

EXAMEN DE ORINA EN NIÑOS CON MI.

IVU	30%
NORMAL	50%
NO HIZO	20%

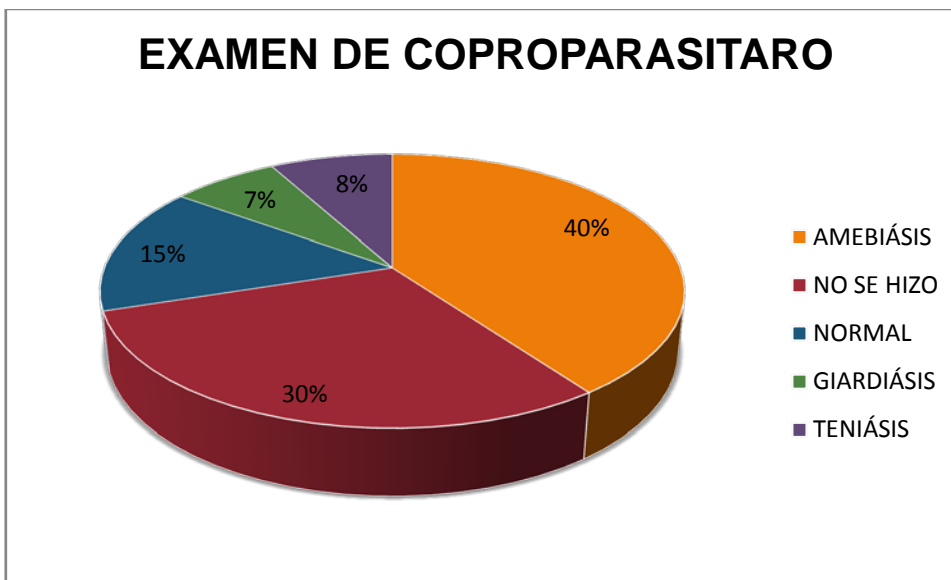


Elaborado Por: Rosario Vaca

El examen microscópico de orina nos informó el 30% con infección de vías urinarias.

EXAMEN DE COPROPARASITARIO

AMEBIÁSIS	40%
NO SE HIZO	30%
NORMAL	15%
GIARDIÁSIS	7%
TENIÁSIS	8%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca.

El coproparasitario demostró el 85% con parasitosis entre ellas amebiasis en un 40%, giardiásis 7%, teniásis 8% , normal en un 15 % y el 30% no se hizo.

TRANSFERENCIAS A OTRO HOSPITAL DE NIÑOS CON MI.

SI	12,5%
NO	87,5%

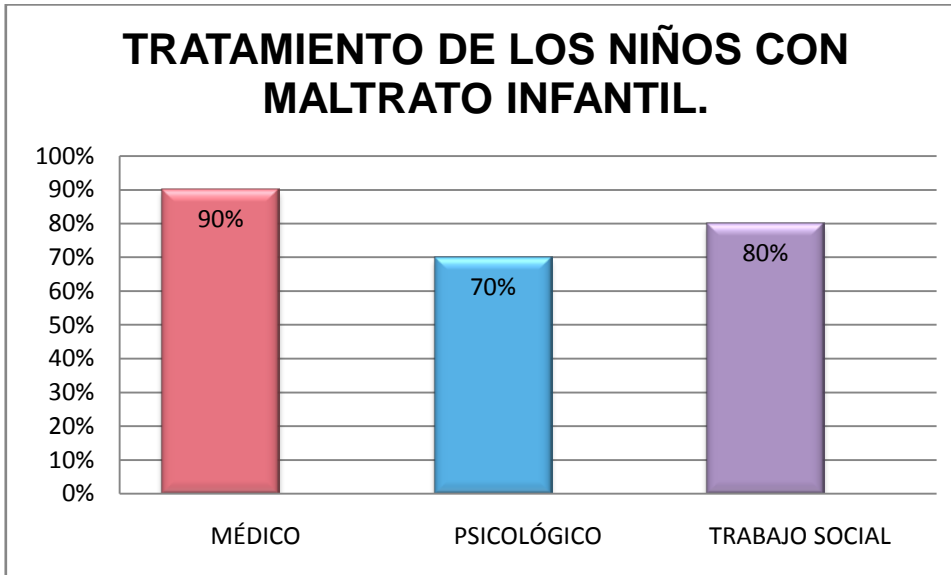


Elaborado Por: Rosario Vaca

El 12.5% (5 niños) de casos con MI se derivaron con la hoja de transferencia y contra referencia al Hospital Baca Ortiz de Niños (hospital de tercer nivel), para recibir atención médica especializada y por no contar con los recursos necesarios para su manejo.

TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON MI.

MÉDICO	90%
PSICOLÓGICO	70%
TRABAJO SOCIAL	80%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca.

En el Hospital de Yaruquí el 90% recibió atención primaria con el médico pediatra quien valoro desde su estado nutricional hasta el compromiso de otros órganos. El 70% (28 niños)recibió valoración psicológica los niños preescolares y escolares, en donde se les abrió una ficha familiar para el niño agredido y su familia, para la terapia individual y familiar, dada por parte de los estudiantes del último año de psicología de la Universidad Salesiana, es importante recalcar que 10 casos (25%) fueron remitido al CDI de Tumbaco (Centro de desarrollo Integral) para su rehabilitación; el 30% (12 niños) restante no se pudo emplear la terapia psicológico por falta de colaboración por parte de los padres y su difícil acceso a sus viviendas.

Trabajo social abarco el 80% de los casos, se encargó de llenar la ficha familiar socioeconómica, realiza entrevistas y se planifico junto con el grupo de apoyo las visitas domiciliarias las cuales la primera fue informada y las subsecuentes no son informadas. Es importante informar que en 12 casos (30%) no se pudo dar una atención integral por falta de colaboración de los padres (migración) por temor a represarías por lo tanto tampoco se pudo obtener mayor información

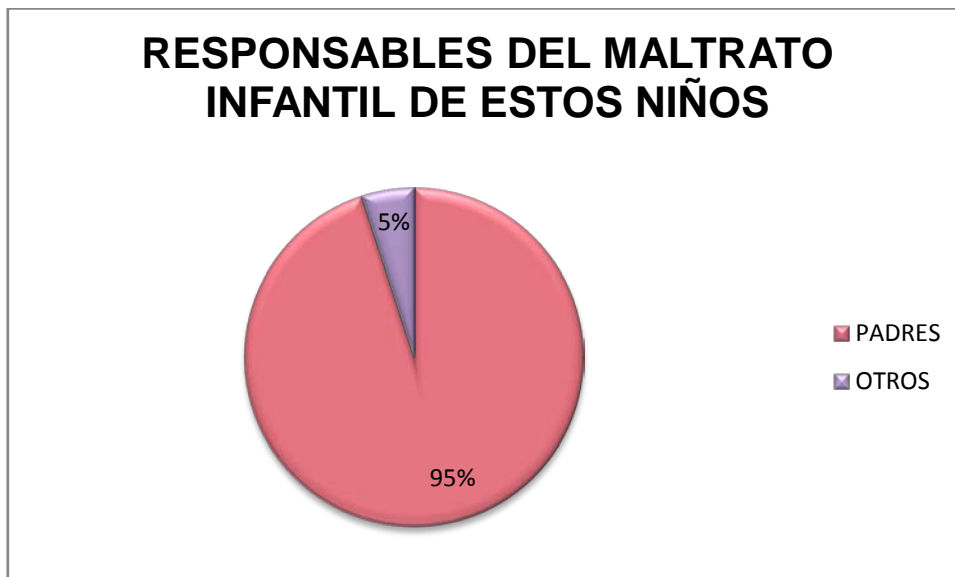
FACTORES DE RIESGO EN LA FICHA SOCIOECONÓMICA.

La información sobre factores de riesgo que se obtuvo fue que el 85% de los padres de estos niños tienen una escolaridad baja y solo el 15% llegan a una secundaria incompleta, 90% de los padres fueron maltratados en su niñez, otros como: madres adolescentes, madres solteras, pobreza, mas de 4 hijos por familia (algunos de diferentes padres), el 90 % tienen un salario mensual de menos de 100 dólares. El 75% de los hogares de estos niños son desorganizados.

RESPONSABLES DEL MALTRATO INFANTIL

PADRES 95%

OTROS 5%



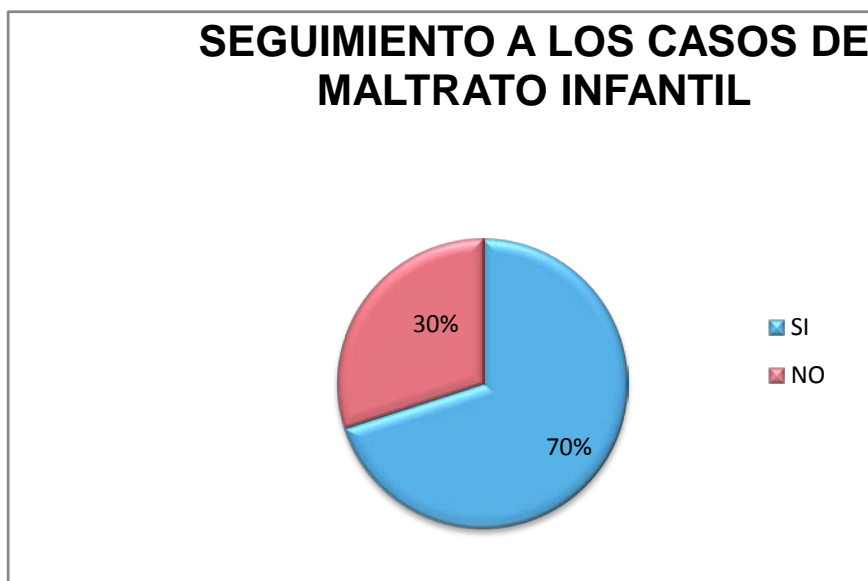
Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

El 95% (38 casos) de los maltratos directos de los niños fueron sus padres y el 5% (2 casos) se le atribuyeron a terceras personas, lo cual no fue demostrado.

2.5 Se realizó el seguimiento

SEGUIMIENTO A LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL

SI	70%
NO	30%



Elaborado Por: Rosario Vaca

Al 70% (28) de los casos se realizó un seguimiento bimensual permanente a través de visitas domiciliarias con la participación directa de la trabajadora social y pediatría con el objeto de lograr disminuir los riesgos potenciales para el niño y asegurar los controles médicos mensuales, mejorando de esta manera su calidad de vida.

El 20% restante fue imposible su seguimiento por la ausencia de los mismos.

ANÁLISIS DEL SEGUNDO COMPONENTE

Indicador: El 100% de grupos conformados hasta diciembre del 2010.

De acuerdo nuestro indicador se conformó el grupo de apoyo en un 100%, pero sus actividades se cumplieron en un 70 % (28 casos).

El grupo de apoyo está encargado de velar por los intereses y bienestar de esta población de riesgo con el objeto de proteger al niño y prevenir el maltrato infantil en su entorno familiar y donde se encuentre.

El grupo de apoyo se involucro con la comunidad logrando de esta manera mejorar y mantener un estado de salud favorable para esta población en riesgo, para lograr este objetivo fue necesario conocer a las familias involucradas a través de las estrategias o mecanismos adecuados como la entrevista y visitas domiciliarias.

Gracias a este abordaje se pudo conocer que los niños con MI tienen comprometido su estado de salud física y mental debido a la negligencia de sus cuidadores (la mayoría sus padres) presentando problemas de desnutrición, anemia y parasitosis que fueron los más relevantes. Entre los factores recolectados por parte de trabajo social y psicología fueron: situación socioeconómica baja, escolaridad baja, madres adolescentes, madres solteras, unión libre, y antecedentes de maltrato infantil en los padres, por lo que son factores de difícil resolución.

RESULTADO 3

3. Actualizar los protocolos de manejo sobre Maltrato Infantil.

Introducción:

El MSP, en el marco de este Plan tiene como objetivo contribuir a la erradicación de la violencia de género, a través de la prestación de servicios integrales de salud y del trabajo coordinado interinstitucional para avanzar en la construcción de un sistema de protección integral. Diseñar e implementar una estrategia educativa comunicativa, de participación social y comunitaria que facilite el proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud, de los usuarios y usuarias de los servicios y de la comunidad.

El Ecuador al igual que los demás países del mundo, no escapa a la situación de violencia que se observa a nivel mundial. Pese a que no contamos con un sistema de registro de la violencia integral e integrado, sin embargo, los datos parciales que nos proporcionan los sistemas informáticos de los Ministerios y demás organismos públicos y privados sirven para visibilizar un problema que ha permanecido oculto durante tantos años: la violencia de manera general, y de manera particular, la violencia de género que se ejerce principalmente contra la mujer en las diferentes etapas de su vida y otros grupos poblacionales vulnerables como son los niños, niñas, adultos y adultas mayores, personas de diferente orientación sexual o identidad de género, y personas con discapacidades.

La actual Constitución Política del Ecuador, vigente desde Octubre del 2008, reconoce como principios básicos y fundamentales:

1. El principio de Igualdad del Estado garantizará y adoptará todas las medidas necesarias para promover la igualdad formal y real.
2. El principio de No discriminación ley sancionará todas formas de discriminación con especial atención a las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores.

La Constitución reconoce a la Violencia como un delito y se transversaliza en todo el texto Constitucional. Toda persona víctima de violencia, conforme a la Constitución vigente, tendrá derecho a: Una atención integral sin "discriminación por razones de etnia, lugar de nacimiento, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física, ni cualquier otra distinción personal o colectiva temporal o permanente que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos" Art. 32, Art. 11.2. Por lo tanto es necesario la implementación y utilización de protocolos de manejo de maltrato infantil para su fácil manejo y abordaje terapéutico.

Objetivo:

Facilitar el abordaje terapéutico de este problema social

Actividades:

3.1 Actualización de los Protocolos del MSP.

PROTOCOLO DE MANEJO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE MALTRATO INFANTIL

El equipo de salud debe estar en capacidad de reconocer, detectar y realizar el seguimiento respectivo de los casos de maltrato, así como los mecanismos para proteger al niño en riesgo.³⁸

INDICADORES DE SOSPECHA PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL.

- Existencia de factores de riesgo.
- Existencia de indicadores físicos y de cambio en el comportamiento del niño, niña y adolescente; así como en la conducta del cuidador /a.
- La consulta no la realizan los padres o el cuidador /a.
- Hay retraso en la consulta y peor aún si existen lesiones graves.
- Explicación inadecuada ante la presencia de lesiones físicas.
- Existe discrepancias, reticencias o contradicciones en el relato de los hechos.
- Presencia de lesiones que sugieren maltrato; hematomas, contusiones, quemaduras, heridas, excoriaciones, marcas, cicatrices, lesiones óseas, oculares, craneales, TCE y otros.
- Intoxicaciones.
- Intento de suicidio, obliga a investigar maltrato o abuso sexual subyacente.
La víctima y /o una tercera persona afirma que hay violencia o maltrato.

³⁸ MSP, Ecuador (2009). Norma y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y sexual por Ciclos de la vida.70-89.

PASOS PARA EL MANEJO DE MALTRATO INFANTIL

Fomentar la sensibilización y formación específica en maltrato infantil de los profesionales del equipo de atención primaria.

- La prevención y detección precoz.
- Detectar factores de riesgo, por medio de la anamnesis y la exploración específica.
- Registrar en una ficha, incluida en la historia clínica, los datos de riesgo ó maltrato recogidos sistemáticamente en las revisiones del niño sano.
- Intervenir siempre que se detecten factores de riesgo, de forma coordinada con el resto del equipo (enfermera, partera) e interdisciplinaria con Salud Mental y Servicio Social.
- Proteger al menor en riesgo grave o maltratado (hospitalización) y denunciar el caso a través de parte de lesiones al Juez de Guardia, notificación urgente a protección de menores y policía, etc.
- Reforzar positivamente las habilidades parentales de “Buen Trato”.
- Promueve que cada persona descubra y valore sus propios sentidos y elija lo que es y lo que quiere ser.
- Promueve que cada persona construya de forma permanente su propio proyecto de vida.
- Promueve que se pueda compartir con otros dentro de los entornos cotidianos.

- Promueve que, entre todos y con ternura, se construyan proyectos de convivencia dentro de cada entorno de vida cotidiana.

1. ENTREVISTA CLÍNICA

Consta de la acogida y la entrevista clínica correspondiente. Recuerde que muchas de las acciones pueden hacerse de forma simultánea y que la acogida es una actitud que debe permanecer durante todo el proceso de atención.

REALICE LA ACOGIDA

La acogida es una ACTITUD de recibimiento cálido, abierto a escuchar, sanar, facilitar, y responder a la demanda de ayuda a una persona, especialmente de la mujer, niña, niño y/o adolescente violentados que acuden al servicio de salud. Una buena acogida demuestra respeto, trato digno, no discriminatorio y sin prejuicios. . Facilite la expresión de sus sentimientos y emociones. Si el niño, niña o adolescente desea hablar de lo sucedido, permítale que se exprese con amplitud, si no desea hacerlo, hay que esperar hasta cuando esté preparado/a para ello.

ENTREVISTA CLÍNICA (ANAMNESIS)

Realice el interrogatorio al niño/a (capaz de verbalizar) o adolescente de manera preferencial a solas y luego al progenitor (En el caso de púberes o adolescentes permítale elegir si quiere realizar la entrevista a solas o con un adulto de su confianza es) y/o acompañantes.

Antecedentes de enfermedades e intervenciones, medicaciones, consumo de alcohol y otras drogas (en caso de adolescentes).

Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual (en caso de adolescentes).

Restrinja el número de entrevistas al mínimo a fin de reducir la tensión y doble victimización y complemente la información en el peritaje psicológico

Registre la información de manera textual, utilizando las palabras de los niños, niñas y adolescentes.

Utilice las palabras: Qué, Cómo, Dónde y en qué circunstancias ocurrieron los hechos.

No se olvide registrar los datos del agresor.

Use la codificación CIE 10 para referirse en todo momento al caso (importante para mantener la confidencialidad) y para su registro.

Todo niña/o y adolescente violentado sexualmente debe ser hospitalizado.

2. EXAMEN FÍSICO

Solicite el consentimiento informado al niño, niña, adolescente o acompañante para el examen médico, toma de muestras, fotografías y otros, según el caso.

Realice el examen físico de manera inmediata o dentro de las 48 horas de ocurrida la violencia. Según la complejidad del caso y de acuerdo a la capacidad resolutive, debe realizarlo el médico perito o profesional nombrado como tal por la autoridad.

Evalúe y registre las maneras y actitudes, así como aspectos de las funciones psíquicas (imaginación, pensamiento, afectividad, conciencia y otros) y del desarrollo del NNA, y grado de afectación de su salud mental y física.

En caso de abuso sexual muchos de ellos no dejan evidencia física, y las lesiones mucosas sanan rápida y completamente, por lo que la ausencia de signos físicos no invalida el relato del niño, niña o adolescente. Para el examen físico del NNA se necesita del acompañamiento de otro profesional de la salud (si no es realizado por el perito). Describa las lesiones físicas, en dirección céfalo- caudal: ubicación, forma, tamaño (mida), trayecto, color, número, origen de la lesión (con objeto contundente, arma blanca, arma de fuego). Eritemas, abrasiones, equimosis, hematomas, laceraciones, marcas de dientes, quemaduras, fracturas, etc. Describa la presencia de fluidos corporales (semen, sangre, orina, heces, otros).

Ley 103 Art. 10: “si hubiere peligro de destrucción de huellas o vestigios de cualquier naturaleza en las personas o en las cosas, los profesionales de medicina, enfermeros o dependientes del establecimiento de salud a donde hubiere concurrido la persona agraviada, tomarán las evidencias inmediatamente y las guardarán hasta que el fiscal o la policía judicial dispongan que pasen al cuidado de peritos para su examen. Si se tratare de exámenes corporales, la mujer a la cual deban practicárseles podrá exigir que quienes actúan como peritos sean personas de su mismo sexo” (Ley reformativa al Código de Procedimiento Penal y Código Penal Art. 95)

3. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Preserve cadena de custodia de las muestras de violencia tomadas. Todos los exámenes deben ir con: diagnóstico, firma código y nombre del médico que los realiza

4. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Realice evaluación psicológica dentro de las primeras 48 horas por personal capacitado.

5. VALORACIÓN SOCIAL (ÚTIL PARA DIAGNÓSTICO, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO).

Utilice la ficha familiar para la valoración social del NNA y familia.

6. INTERVENCIÓN LEGAL

“Los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad competente copia del registro de atención, debidamente firmada por el profesional que atendió el caso “. Reglamento a la Ley contra la Violencia a la mujer y la Familia, Art. 17, Literal C). También un informe del caso (copia de la Historia Clínica), debidamente firmado por el profesional de salud que le atendió, en el plazo de 48 horas como lo establece la ley, y con copia al/a director/a de la unidad de salud.

En los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las 24 horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes.

Las Unidades en donde se puede denunciar los casos son en el DINAPEN, Hospital de Yaruquí, Centro de equidad y Justicia, Fiscalía de Tumbaco.

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Heridas, traumatismos, quemaduras, lesiones dermatológicas, lesiones óseas, diátesis hemorrágicas, lesiones neurológicas y metabólicas de distinta etiología.

En caso de abuso sexual: Alteraciones congénitas locales: fusión de labios, rafe prominente, hiperpigmentación perianal, bandas periuretrales. Estreñimiento

crónico , prolapso rectal, hemorroides, celulitis perianal, vulvovaginitis por agentes infecciosos, sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragíparo, pólipo rectal, tumores del recto, congestión venosa perianal, diastásis anal, variación anatómica del músculo bulbocavernoso.

Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófica, dermatitis de contacto o seborreica, psoriasis, lesiones de rascado por oxiuriasis, penfigoide bulloso. Colitis ulcerosa, enfermedad de Behcet, sarcoma botroide, atonía neurógena asociada a espina bífida o a lesión baja de la médula, traumatismos accidentales.

8. TRATAMIENTO

Ante lesiones físicas graves, realice tratamiento clínico y /o quirúrgico de urgencia (según pautas y capacidad resolutive de la unidad).

Hospitalice o refiera al NNA (unidades de mayor complejidad), incluso ante la sospecha, para confirmar o descartar la violencia.

9. REGISTRO DEL CASO

Registre la información de manera clara en los formularios de la historia clínica.

En el parte diario codifique la entidad clínica de acuerdo al código CIE 10.

10. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Las referencias que se realicen se registrarán en la historia clínica y formulario 053 debe ser canalizada de acuerdo al caso, y puede ser a: servicios de salud de mayor complejidad (servicios sociales, servicios psicológicos). Servicios legales: Juzgados de Contravenciones, Juzgados de Violencia Contra la Mujer y la Familia, Juzgados de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Juzgados únicos. Fiscalía, la Policía Judicial o Policía Nacional y DINAPEN. Servicios sociales: Casas de acogida.

11. SEGUIMIENTO

Estas acciones están dirigidas a:

Evaluar la eficacia de la intervención (atención integral).

Evitar que se repitan las agresiones o violencia.

En este proceso de seguimiento es fundamental la participación de los distintos actores locales integrantes de la Red de Servicios para atención a la violencia.

La periodicidad del seguimiento del caso depende de la severidad del caso depende de la severidad. No obstante, es necesario coordinar con las instancias legales y de protección para garantizar el seguimiento.

HOJA DE ATENCION DE MALTRATO INFANTIL

DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Edad:

Con acompañante:

Sin acompañante:

Dirección:

1. ENTREVISTA CLÍNICA (ANAMNESIS)

Motivo Consulta:

.....
.....
.....
.....
.....

2. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

T: Peso: Talla: FC: FR: Sat O2 %:

.....
.....
.....
.....
.....

3. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Exámenes de Laboratorio :

Hemograma :

Química Sanguínea:.....

Inmunológicos:.....

Orina:.....

Heces:.....
Cultivos:
Hormonales:.....

Exámenes de Imagenología:

Radiografías:.....
Ecografías:.....
TAC :.....
Otros:.....
.....
.....

4. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Áreas: (Conductual, emocional y cognitiva) :
.....
.....
.....
.....
.....

5. VALORACIÓN SOCIAL (ÚTIL PARA DIAGNÓSTICO, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO).

(Utilice la ficha familiar)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. INTERVENCIÓN LEGAL

Se denunció o no.
.....
.....
.....
.....
.....

.....
7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
8. TRATAMIENTO
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
9. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Codificación según CIE 10

Código	Codificación CIE 10
T74	Síndromes de Maltrato Infantil
T74.0	Negligencia o Abandono
T74.1	Abuso Físico
T74.2	Abuso Sexual
T74.3	Abuso Psicológico
T74.8	Otros Síndromes de Maltrato
T74.9	Síndrome de Maltrato no específico
Z61	Problemas relacionados con eventos vitales negativos en la Infancia
Z61.4	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona del grupo primario de apoyo.
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona ajena del grupo primario de apoyo.
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia.
Z61.7	Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia.
Z61.8	Otros eventos negativos en la infancia

3.2 Socialización de los protocolos con el equipo de salud:

La socialización se realizó con el personal del Hospital de Yaruquí, en la sala virtual de esta Casa de Salud el 20 de octubre del 2010.

3.3 Evaluación de aplicación de protocolos:

La evaluación de la aplicación del protocolo, fue en base a: (anexo 6)

- Alto índice de sospecha ante la presencia de factores de riesgo.

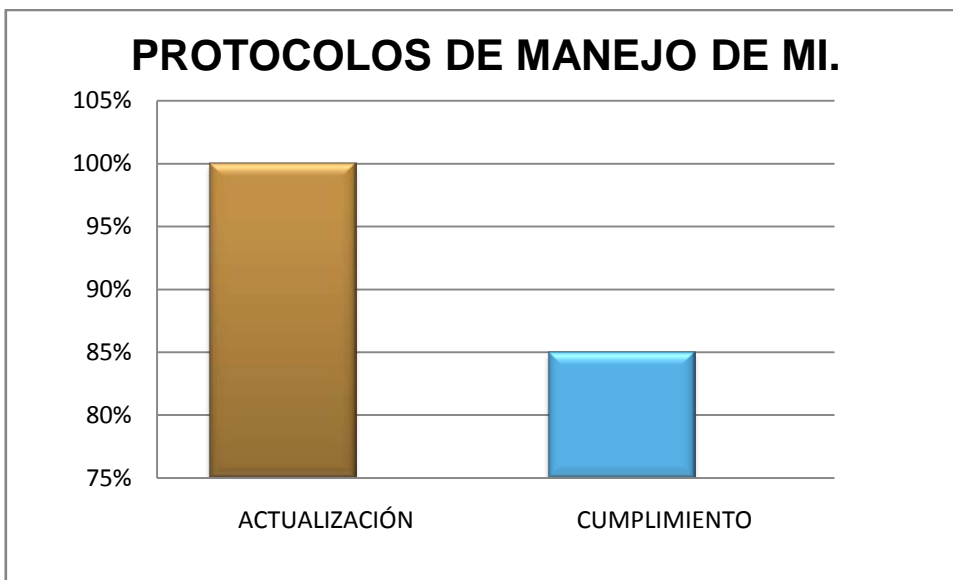
- Confidencialidad, privacidad y empatía.
- Utilización de la codificación del CIE 10 para la confidencialidad del caso.
- El diagnóstico y la atención se realiza con base a la valoración médica, psicológica, social y dependiendo del caso valoración legal.
- El registro de los hallazgos de la anamnesis y examen físico, fue con precisión y calidad.
- Tener conocimiento de los marcos legales: constitución política de la República, Código de la Niñez y Adolescencia, Código Penal y Ley de Amparo al paciente.
- Disponer de un directorio de instituciones que brindan protección y asistencia legal para facilitar la denuncia y detención oportuna de los agresores/as. Así como asistencia social y psicológica en el marco de la protección integral y restitución de derechos.
- Seguimientos de los casos

Análisis del tercer resultado

Indicador: El 100% de protocolos de manejo actualizados y socializados hasta diciembre del 2010.

PROTOCOLOS DE MANEJO

ACTUALIZACION	100%
CUMPLIMIENTO	85%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

De acuerdo a nuestro indicador, se reviso y actualizó el 100% del Protocolo de Manejo de maltrato infantil, y se cumplió en un 85% de los casos.

Para lograr una atención primaria prioritaria, con calidad y eficiencia en los niños afectados, es indispensable la aplicación correcta de los protocolos de manejo para su fácil manejo.

Los lineamientos básicos de los Protocolos de Atención Integral de Maltrato Infantil están orientado a: Facilitar el abordaje integral, interdisciplinario, intercultural e intersectorial, la incorporación del enfoque de derechos humanos, de género y generacional, la detección, atención con calidad y calidez, recuperación y

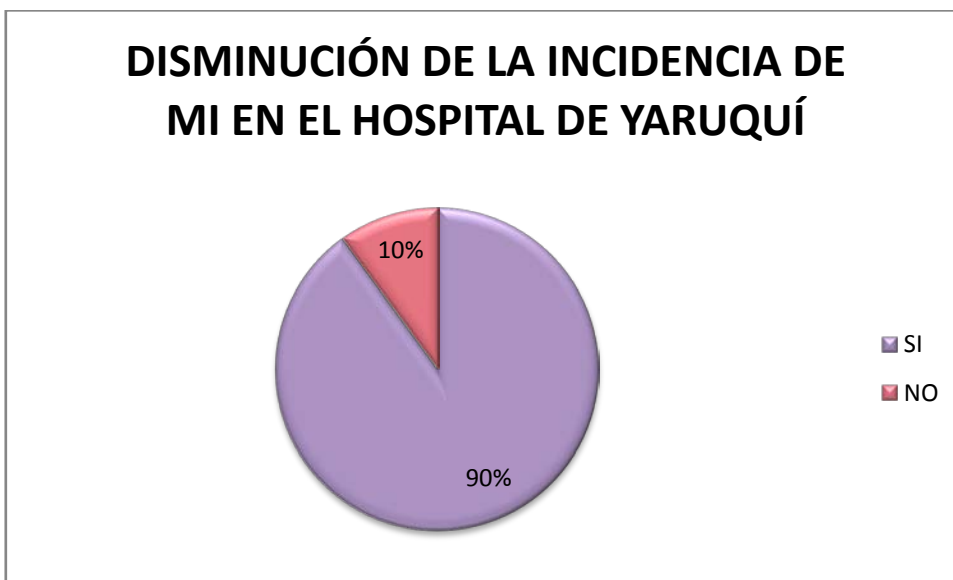
rehabilitación de los niños afectados por MI. Además sirvió para establecer acciones de prevención del maltrato, promoción de derechos y de estilos de vida saludables.

El 85% de los casos tuvo una correcta aplicación de los protocolos, logrando de esta manera brindarles una atención integral con calidad, calidez, efectiva y con eficiencia, en el 15% no se pudo cumplir con todos los pasos por la falta de colaboración del personal, no se registro adecuadamente, datos incompletos, subregistro, no recibieron atención médica completa , etc.

ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

DISMINUIR LA INCIDENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN LOS PADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE YARUQUÍ.

SI	90%
NO	10%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Con todas las estrategias empleadas en este plan integral de Prevención y Atención de MI por parte de la maestrante, equipo de apoyo y comunidad se logro contribuir a disminuir la Incidencia de Maltrato Infantil en un 90% en los padres y madres que acuden al Hospital de Yaruquí, verificado a través de las historias clínicas y el seguimiento respectivo por medio de las visitas domiciliarias. El 10% restante fue difícil lograr nuestro propósito, porque entre los factores prevalentes en nuestro sector como: bajo nivel de escolaridad, su baja situación socioeconómica, desempleo, familias desestructuradas, madres solteras, niños permanecían al cuidado de otras personas, y asistencia irregular a los controles médicos.

Por lo que es importante continuar con este proyecto para mantener en cierta medida controlado este problema social de difícil abordaje por sus factores de riesgo, además sensibilizar no sólo a la comunidad sino también involucrar a las empresas públicas y privadas en una ardua campaña contra el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar.

Actualmente existen varias empresas como CDI (centro de desarrollo integral), INFA, COMPINA, red VIP sur, Fundación AMEN, TALITACUMI, Fundación Valle Interoceánica (Club Rotario), Secretaria de Inclusión Social, Caminos de Esperanza, Fundación Ambiente y Sociedad entre otros que se han unido para formar una Red del Buen Trato de la administración Zonal de Tumbaco cuya función es la de protección y vigilancia de los derechos, interesados en fortalecer alianzas y estrategias para controlar y combatir el maltrato y la violencia.

ANÁLISIS DE FIN

Implementar un Plan Integral de prevención de Maltrato Infantil.

Introducción:

Al abordar el maltrato infantil se presentan diversos problemas: desconocimiento de la verdadera proporción de dicha problemática; raíces culturales e históricas profundas; diversidad de opiniones en cuanto a su definición y clasificación; dificultades en la investigación y, finalmente, una diversidad de consideraciones sobre sus repercusiones y su manejo terapéutico.

Actualmente vivimos inmersos en un ambiente lleno de violencia, desafortunadamente los niños no constituyen la excepción. La mayoría de las acciones de agresión se producen en la vivienda de la víctima, y otras en menor número en la escuela y guarderías. A pesar de la presencia de instancias gubernamentales y no gubernamentales, todavía no se ha podido reducir la incidencia de MI, es decir no se observa un cambio en la forma de maltrato.

El maltrato infantil tiende a ocurrir cuando existen varios factores facilitadores, para erradicarlo se requieren diversos métodos, dentro de ellos está básicamente la prevención en la cual se emplean diferentes estrategias para disminuir esta problemática que cada día aumenta de manera alarmante y que no existen cifras reales, se conoce que la provincia de Pichincha según las estadísticas de la DINAPEN se encuentra en segundo lugar el Maltrato Infantil y violencia intrafamiliar de las consultas, por lo tanto es importante empezar con las acciones necesarios para disminuir dicho problema social y sobretodo en nuestro sector en donde la condición socioeconómica bajas constituye un factor importante.

Objetivo:

Diseñar y socializar Plan de Prevención, a través de la capacitación de madres y padres de niños menores de 10 años que acuden al Hospital de Yaruquí, conformación de grupos de apoyo y protocolos de manejo de Maltrato infantil.

Metodología:

- Se solicitó la apertura al Director del Hospital para desarrollar este Proyecto (anexo 7).
- Se elaboró un esquema del Plan.
- Se lo redactó
- Se desarrolló el plan (anexo 8)
- Se socializó a las autoridades y equipo médico del hospital para su ejecución (anexo 9).

PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL.

BENEFICIARIO: COMUNIDAD DE YARUQUÍ.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA MALTRATO INFANTIL

El abuso y maltrato a niños es un problema universal que ha existido desde tiempos remotos sin embargo es en el siglo XX con la declaración de los derechos del niño (ONU 1959) cuando se lo considera el abuso y maltrato infantil como un delito con repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas

OBJETIVOS

1. Evitar la presencia de factores riesgo
2. Potenciar los efectos protectores.
3. Detectar oportunamente casos de maltrato infantil
4. Atender y seguir los casos de MI.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Este programa consiste en establecer las estrategias necesarias de forma global e integral para los niños que se encuentran en riesgo vital a causa de la violencia intrafamiliar, ejercida por cualquier persona especialmente por parte de la familia, a través de la capacitación, información a la comunidad y grupos de apoyo que consiste en un grupo de profesionales especializados en este tema, con la finalidad de poder disminuir y controlar el maltrato infantil ; y de esta manera prevenir potenciales complicaciones a corto o largo plazo, contribuyendo de esta manera al desarrollo local de esta comunidad.

DIRIGIDO

Está dirigido a toda la comunidad y especialmente a las madres de niños menores de 10 años que acuden al Hospital de Yaruquí, que se encuentran en riesgo vital a causa de la violencia intrafamiliar.

INSTITUCIONES RESPONSABLES

Hospital de Yaruquí (MSP)

DINAPEN

INFA

EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA COMPRENDE:

1.- Sistema de capacitación:

A través de la realización de:

Talleres con la participación activa de las madres y padres del sector con el objeto de informar sobre efectos y consecuencias del maltrato infantil; así como sensibilizar y difundir los Derechos del Niño y Adolescentes con la finalidad de la toma de conciencia de éstos por parte de la comunidad y su posterior compromiso en la defensa de los mismos.

Además la detección de posibles situaciones de maltrato, y así poder obtener mayor información del problema y evaluar su trascendencia.

2.- Grupos de Apoyo

- Pediatra
- Trabajadora Social
- Representantes de la Comunidad (presidente de la Junta parroquial, Voluntarios, Representante de cada escuela).

En cuanto a la organización de este grupo de apoyo se establecieron los siguientes actividades:

Acciones dirigidas a prevenir y evitar nuevos casos de maltrato infantil en el hogar o cualquier otro lugar (escuela).

Si detectáramos casos de maltrato infantil, se brindará la orientación y asesoría al niño, al adolescente y la familia para superar los riesgos que implican las situaciones de maltrato. Si el caso lo requiere, éste se deriva a centros especializados y su posterior seguimiento por este Hospital, asegurando la atención de los casos atendidos directamente o derivados.

Este grupo de apoyo puede coordinar con otras asociaciones o entidades sociales y Promocionar Programas de Prevención de maltrato infantil

3.- Información a la comunidad

- A través de charlas en el salón de la junta parroquial. Se proporcionará material de información (afiches) sobre maltrato infantil con la finalidad de educar a la población.
- Se facilita la utilización de "**Guías Preventivas sobre maltrato Infantil**" para comunicar a la comunidad. Brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.

PLAN INTEGRAL DE LOS NIÑOS CON MALTRATO INFANTIL.

SI	70%
NO	30%



Elaborado Por: Dra. Rosario Vaca

Indicador:

El 70 % de los niños con maltrato infantil reciben atención integral en el 2010.

Luego de haber realizado este plan estratégico en un 100% que está encaminado a la capacitación sobre maltrato infantil a las madres y padres de niños menores de 10 años y comunidad en general.

De acuerdo a nuestro indicador el 70 % de los niños (28 casos) recibieron el plan integral, acciones dirigidas para disminuir la incidencia y prevalencia de este problema social que incluyó desde el reconocimiento de factores de riesgo, hasta el tratamiento con la ayuda de los grupos de apoyo, guías, visitas domiciliarias, los cuales constituyeron elementos de trabajo en contra del maltrato infantil, dirigida a ofrecer las condiciones necesarias para el buen desarrollo y crecimiento de nuestros niños así como su personalidad y la satisfacción de los derechos fundamentales de los sujetos menores de edad. El 30 % restante no recibió un plan integral por ausencia de los mismos en sus domicilios, no acudieron al hospital, migración a otras ciudades y exclusivamente por falta de colaboración de los padres involucrados.

Este plan para reflexionar sobre una serie de aspectos de la vida de los niños, niñas y adolescentes: relaciones adulto-niños, escuela y derechos, cotidianidad, relaciones de poder, atención institucional, abuso físico, negligencia, prevención, atención de casos, punición y no-punición, trabajo multidisciplinario, buen trato, calidad de los servicios han sido entre otros, con el objeto de mejorar las condiciones de vida de los niños.

Durante la socialización de este plan integral al equipo médico del Hospital de Yaruquí, se recalcó su importancia puesto que este tipo de proyectos no se han realizado en este sector y que compromete a la población más desprotegida, así mismo la participación activa en la ejecución del mismo a través del empoderamiento y compromiso de las autoridades al institucionalizar al proyecto y su posterior ejecución.

CONCLUSIONES

1. Se logró diseñar un Plan Integral de Prevención sobre maltrato infantil dirigido a todas las madres y padres de niños menores de 10 años y a la comunidad en general, con la realización de diferentes estrategias y/o actividades, su socialización se llevo a efecto sin inconvenientes en la sala virtual de este Hospital con todos quienes conforman el equipo médico de salud.
2. Se logró capacitar alrededor del 90% de las madres y padres de niños menores de 10 años que acudieron al Hospital de Yaruquí (se tomó en cuenta la demanda espontánea en esta casa de salud) y la comunidad a través de talleres, charlas, entrega de una guía, afiches e informativos para facilitar su comprensión y aplicación en la vida diaria, logrando de esta manera disminuir en parte este problema social. Además los casos detectados por parte del grupo de apoyo tuvieron un seguimiento posterior a corto y largo plazo, con el objetivo de monitorizar los resultados y mejorar su calidad de vida individual, familiar y por ende de la comunidad en general.
3. Se logró conformar un grupo de apoyo con la participación activa del médico Pediatra, trabajadora social, y voluntarios de la comunidad, logrando una atención integral en cada uno de los casos detectados desde el punto de vista médico y psicológico.
4. Se entregó el 100% de los protocolos de manejo actualizados y acordes a nuestra realidad mediante los cuales se logra mejorar y facilitar su abordaje a este gran problema social de nuestro sector y su posterior seguimiento, pero se cumplió en un 85%.

5. La evaluación del plan es un proceso por el cual se determina el establecimiento de los cambios generados, a partir de la comparación entre el estado actual y el estado previsto en su planificación. El cumplimiento de los objetivos en base a sus indicadores, fueron realizados entre el 85 y 100%.

Control de cumplimiento de Actividades del Plan.

Resultados esperados del Plan	% de la Meta
Capacitar a las madres y padres de niños menores de 10 años sobre Maltrato Infantil.	90%
Conformar grupos de apoyo.	100%
Revisar y Actualizar protocolos de manejo.	100%
Propósito	70%
Fin	90%
Evaluar el Plan de Prevención de Maltrato Infantil.	85-100%

RECOMENDACIONES

1. Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar etc. de la población infantil atendida. Igualmente se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.
2. Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, y otros), discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.
3. Brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
4. Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, motivar sus esfuerzos y reforzar la autoestima y la competencia en sus hijos.
5. Al igual que en otros problemas de salud, prevenir es menor que curar, por lo tanto, el capacitar a los profesores y padres de familia permitirá que los niños continúen con una buena adaptación y desarrollo escolar, más hogares sin violencia intrafamiliar.

6. Se debería capacitar a los maestros de las diferentes instituciones educativas sobre violencia intrafamiliar sobre como detectar a posibles víctimas en sus aulas.
7. Se debería realizar la coordinación de acciones entre psicólogos infantiles y el grupo de apoyo e instituciones educativas con el objeto de detectar y valorar a los niños que presenten actitudes sospechosas.
8. Las autoridades educativas deben tener claro el manejo de un niño que esté sufriendo de violencia intrafamiliar, y solicitar a tiempo la ayuda profesional correspondiente en las diferentes instituciones capacitadas en nuestro país.
9. Ofrecer a su niño amor y atención, supervisar o mantener una estrecha vigilancia sobre su hijo, no permitir que su hijo vaya a ninguna parte ni aceptar nada sin su permiso, conocer a los cuidadores de sus hijos, verificar las referencias de niñeras y otros cuidadores. Realizar visitas sin previo aviso para observar lo que está pasando.
10. Realizar trimestralmente reuniones con la comunidad de Yaruquí para tratar sobre este problema social, sus novedades, inquietudes y sugerencias.
11. Cualquier persona natural o jurídica que conozca de los hechos podrá proponer las acciones contempladas en la ley y realizar la denuncia a las diferentes entidades legales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno, C. (2006). Prevención del Maltrato Infantil en la Familia: Programa de Sensibilización Escolar (9-12). Madrid. 24-28
2. Soriano, F(2005). Prevención y Detección del Maltrato Infantil. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. 39-44
3. Seda, E. (1995) "La Protección Integral: Un relato sobre el cumplimiento del nuevo derecho del niño y del adolescente en América Latina". Ades: Campinas.
4. Dole, J. (2003). Maltrato parental y problemas infantiles. Unidad de investigación. 130.
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ministerio de Frente Social. (2000). Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador. Resultado de la "Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares" EMEDINHO. Ecuador.
6. Unidad de Distribución de la CEPAL, UNICEF. (2000). Oficina Regional para América Latina y el Caribe Centro de Documentación Ciudad del Saber. Santiago de Chile.
7. Fuente: Departamento de estadística de la DINAPEN (enero-junio 2010).
8. Departamento de Estadística del Hospital de Yaruquí.

9. Ortiz, G. (2003). Plan de Desarrollo Participativo 2002 - 2012. Parroquia de Yaruquí. Gobierno de la provincia de Pichincha. Ecuador. 11-43
10. Galeano, F. (2006). Maltrato Infantil. Introducción a los problemas sociales. 17-23
11. Gómez, R. (2002). Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Bogotá.
12. Garrido, V. (2001). Principios de Criminología (2ª edición). Colombia.
13. Wahler, J. (2000). Servicio Canario de Salud. Protocolo de Facilitación de la Detección de los Malos Tratos a Mujeres y Menores. Guía de práctica clínica. 92
14. Oliván, G. (2002). Indicadores de Maltrato Infantil. Guías Clínicas en Atención Primaria. 142
15. Oliván, G. (2002). Indicadores de Maltrato Infantil. Guías Clínicas en Atención Primaria. 143
16. Galeano, F. (2001). Ayudando a aliviar el dolor. Maltrato Infantil. 120
17. Whipple, E, (1997). Crossing the line from physical discipline to child abuse. Child Abuse Negl. 21:431-444

18. Fetsch, R. (1999). A preliminary evaluation of the Colorado RETHINK parenting and anger. *Child Abuse Neg.* 23(4): 353-60
19. Rushton, F. (1996). The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J S C Med Assoc* 92(3):133-6.
20. MSP, Ecuador (2009). Norma y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y sexual por Ciclos de la vida. 70-89.
21. Organización Panamericana de la Salud, W. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588.
22. Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador, (2003). Segunda edición. Quito-Ecuador.
23. Cajías, B. (2000). Prevención y tratamiento de la violencia doméstica en la escuela. Bolivia.
24. Cirilo, S. (1997). Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar. España - Paidós.
25. Bringiotti, M. (2007). La Violencia contra los niños. Argentina.
26. Davini, M. (2001). El niño en formación. La formación docente en cuestión: Política y Pedagogía. México.

27. Diane, E. (1999). Terapia en el Niño. Desarrollo Humano. México 153 -201.
28. IMSS, W. (2003). Maltrato Físico al niño. Análisis psiquiátricos, médicos de trabajo y jurídicos. 68.
29. Martinez, R. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. España.
30. Maher, Peter. Abuso contra los niños. México.
31. Mussen, P. (2005). Desarrollo de la Personalidad en el niño. México.
32. Mc.Cofle, L. (2001). Repercusiones Escolares. Maltrato Infantil. 44-45.
33. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del Niño.
34. UNICEF – UNDCP (1999). El ABC de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia. Bolivia.
35. Zárate, M. (2000). Las heridas emocionales del maltrato infantil. Bolivia.
36. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. (2000). Guía práctica Clínica – Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores. Servicio Canaria de Salud.
37. Rushton F. (1996). The role of health care in child abuse and neglect p
38. revention. JSC Med Asoc 92(3): 133 – 6.

39. Johnson CF. (2007). Abuse and neglect of children In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds Nelson Text book of Pediatrics. Chap 36.
40. Prilleltensky I, Nelson G. (2000). Promoting child and family wellness: Priorities for psychological and social interventions. *Journal of Community and Applied Social Psychology*;10(2):85-105.
41. MacLeod J, Nelson G(2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*;24(9):1127-1149.

SOPORTE ELECTRÓNICO

1. <http://www.psicopedagogia.com/maltrato-infantil>. Agosto 2010.
2. http://www.observatorioseguridaddmq.net/anteriores/informe_3/03Problem01A13.htm. Agosto 2010.
3. <http://www.um.es/facpsi/maltrato/>. Agosto 2010.
4. <http://www.zonapediatrica.com/mod-htm/pages-display-pid-795.html>. Agosto 2010.
5. <http://derechos.educ.ar/docente/prevencion/definicionmaltrato.htm>. Agosto 2010.
6. <http://www.monografias.com/trabajos10/malin/malin.shtml>. Agosto 2010.
7. <http://www.monografias.com/trabajos12/invnimalt/invnimalt.shtml>. Agosto 2010.
8. <http://www.Monografias.rionet.com.ar>. Septiembre 2010.
9. <http://www.observatorioMetroplotirana.deSeguridadciudadana/maltratoinfantil.html>. Octubre 2010.
10. http://biblioteca.itson.mx/oa/ciencias_administrativa/oa7/planeacion_natural_eza_proyecto/p7.htm. octubre 2010.
11. <http://www.monografias.com/trabajos16/prevencion-maltrato/prevencion-maltrato.shtml#INTRO>. Noviembre 2010.
12. <http://www.mailxmail.com/curso-maltrato-infantil/modelos-explicativos>. Noviembre 2010.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

Quito, 26 de Agosto del 2010

Sr. Dr.

Humberto Castillo

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE YARUQUÍ DEL AREA Nº 14

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo y a la vez me dirijo a Usted para solicitarle de la manera más comedida se digne concederme permiso el día Martes 31 de Agosto del presente en la sala virtual de este Hospital a partir de las 09h00, para realizar la capacitación a las madres de niños que acuden al servicio de consulta externa en Maltrato Infantil, con el objeto de capacitar e informar sobre las causas, consecuencias y lo más importante la prevención, y así poder evitar complicaciones graves en nuestros niños. Todo esto de acuerdo al Proyecto "Prevención y Seguimiento de Maltrato Infantil en niños menores de 10 años que acuden al servicio de consulta externa del Hospital de Yaruquí" que estoy realizando en este Hospital, como tema de tesis de la Maestría Gerencia en Salud.

Por la favorable que se digne dar a la presente le antelo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,


Dra. Rosario Vaca Vásquez.
MEDICO PEDIATRA

Dra. Rosario Vaca Vásquez
MEDICO PEDIATRA
COD. MEDICO 11192

* HONORARIO DEPTO SECRETARIA
Fecha: 27-08-2010
Hora: 9h20
FIRMA

Taller de capacitación sobre Maltrato Infantil en el Hospital de Yaruquí.



Sala de reuniones del Hospital de Yaruquí.

ANEXO Nº 2

Evaluación sobre Maltrato Infantil en el Hospital de Yaruquí. Pretest y Postest.



Aplicación del pretest en el Hospital de Yaruquí

PRETEST SOBRE MALTRATO INFANTIL ANTES DE LA CAPACITACION

1. Puede señalar lo que considera usted que es maltrato infantil.

Pegarle al niño () ()

Insultarle al niño () ()

Abusar sexualmente () ()

Desconozco () ()

2. Puede usted diferenciar entre corregir o maltratar a su hijo?

SI () NO ()

3. Cree que alguna vez su hijo ha sido maltrato por usted o por otra persona?

Si () NO ()

4. Cómo es la relación o cómo se lleva con su hijo?

Bien () Mal () No sabe ()

5. Su familia está formada por:

Mamá, papá e hijo (s) ()

Mamá e hijo (s) ()

Papá e hijo (s) ()

6. El ingreso mensual de su familia es de:

Más de 400 \$ ()

Entre 200-400 \$ ()

menos de 200 \$ ()

7. En la educación y formación de los hijos en la familia, quiénes participan?

Sólo la madre () Mamá y papá ()

Sólo el padre () Otros ()

8. Ha escuchado hablar sobre los derechos del Niño y del Adolescente?

Lo suficiente ()

Poco ()

Desconozco ()

POSTEST SOBRE MALTRATO INFANTIL LUEGO DE LA CAPACITACIÓN

1. "El maltrato infantil es la agresión, física, psicológico o sexual"

SI () NO ()

2. Conoce usted o podría identificar quiénes puede ser los maltratadores?

SI () NO ()

3. Cree que el maltrato infantil afecta al niño en su: desarrollo y crecimiento del niño, estado de salud, desarrollo psicológico y emocional, es un niño muy tímido o agresivo, tiene bajo rendimiento escolar, hasta empieza a orinarse en la cama, etc.

SI () NO ()

4. Es lo mismo disciplinar y maltratar a un niño?.

SI () NO ()

5. Sabe qué hacer para no llegar al maltrato.?

SI () NO ()

6. Cree que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser maltratador en su adultez.?

SI () NO ()

7. Sabe qué hacer en caso de que usted o alguno de sus familiares detecta algún tipo de violencia familiar o en el niño.?

SI () NO ()

8. Cree reconocer los derechos del Niño y del Adolescente.

SI () NO ()

ANEXO N°3

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ECUESTA DE EVALUACIÓN DE LA CAPACITACION SOBRE MALTRATO INFANTIL

Fecha:

INSTRUCCIONES: Favor conteste las siguientes preguntas en forma, veraz, la información recolectada nos permitirá asumir la organización de futuros eventos exitosamente.

1. El tema expuesto en la capacitación fue:

- MUY SATISFACTORIO
- SATISFACTORIO
- BUENO

2. El facilitador del tema:

- EXCELENTE
- BUENO
- REGULAR

3. La ayuda audiovisual en el evento fue:

- MUY BUENO
- BUENO

Sugerencias:

.....
.....

ANEXO N° 4

Capacitación a la Comunidad en la sala comunal sobre “Maltrato Infantil “



La capacitación a la comunidad en el salón de la Junta Parroquial de Yaruquí.

Capacitación a la Comunidad sobre “Maltrato Infantil “



La capacitación a la comunidad se realizó en escuelas.

ANEXO Nº 5

Conformación del Grupo de Apoyo en el Hospital de Yaruquí.



ANEXO Nº 6

Socialización y evaluación de protocolos.



Presentación de Protocolos de Manejo de Maltrato Infantil en el Hospital de Yaruquí.



ANEXO N° 7

Solicitud al Director del Hospital de Yaruquí

Yaruquí, 15 de Marzo del 2010

Doctor
Humberto Castillo
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE YARUQUÍ

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a Usted y a la vez augurarle éxitos en su arduo trabajo en esta institución que tan acertadamente dirige. El trabajar como médico Pediatra me permitió conocer de cerca los problemas sociales y biológicos de estos niños, es por ello que como estudiante de la Maestría en Gerencia en Salud y Desarrollo Local de la UTP, propuse como proyecto el siguiente tema: "Plan de Prevención y Erradicación del Maltrato Infantil en niños menores de diez años que acuden al servicio de Pediatría en el Hospital de Yaruquí en el 2010".

Por tal motivo solicito a Usted, me permita aplicar y desarrollar este proyecto que va en beneficio de los niños que acuden al Hospital de Yaruquí.

Por la atención que se digno dar a la presente le envío mis agradecimientos.

Atentamente,

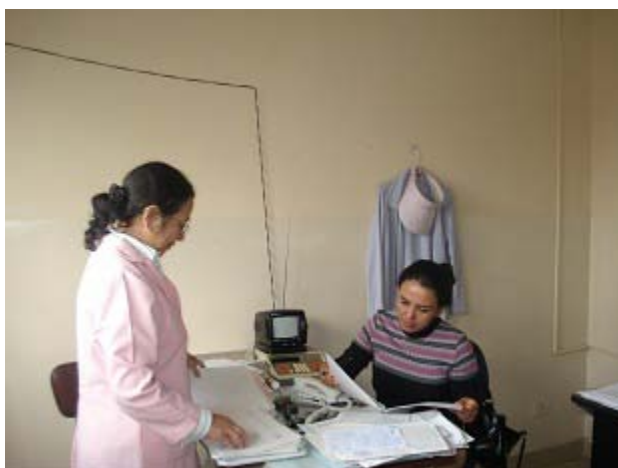

Dra. Rosario Vaca V.
Médico Pediatra

478
HOSPITAL DE YARUQUÍ
CALLE 15 - 47 - YARUQUÍ
TEL: 061-10410

Humberto Castillo


16/03/10

ANEXO N° 8



Desarrollo del Plan de prevención y recolección de datos en los diferentes departamentos, especialmente en estadística.

ANEXO Nº 9

Socialización del Plan de Prevención de Maltrato Infantil con el personal del Hospital de Yaruquí.



Socialización con el personal de Salud del Hospital de Yaruquí en la Sala virtual.

GLOSARIO

UTPL:	Universidad Particular de Loja
HY:	Hospital de Yaruquí
MI:	Maltrato Infantil
MSP:	Ministerio de Salud Pública
PEA:	Población Económicamente Activa
AR:	Area Rural
DINAPEN:	Dirección Nacional de Policía especializada para Niños, Niñas y Adolescentes
MGS:	Maestrante en Gerencia en Salud
VT:	Valle de Tumbaco
DMQ:	Distrito Metropolitano de Quito
SCS:	Subcentro de Salud
HC:	Hospital Cantonal
SRP:	Sarampión , Rubéola y Paperas
OPV:	Vacuna de la Poliomiélitis
BCG:	Bacilo CalmeteGuerín
DT:	Difteria y Tétanos
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
MEF:	Mujeres en Edad Fértil
PAI:	Programa Ampliado de Inmunización

- SISVAN: Sistema de Vigilancia y nutrición
- DOTS: DirectlyObservedTreatment short (tratamiento acortado directamente observado).
- DOCM: Detección oportuna del cáncer mamario.
- DOCG: Detección oportuna de cáncer genital.
- NNA: Niños, niñas y Adolescentes.