

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
VICERRECTORIA ACADEMICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESCUELA DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES

**Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud: Sus repercusiones en la  
prestación del servicio a la salud que se brinda al niño víctima de abuso, en  
el Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, durante 2002-2006**

Tutor:  
MSc. Danilo De Franco Montalván

Sustentante:  
Licda. Ana Luisa Aguilar Guido

Marzo, 2009

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Padre Celestial por acompañarme y ayudarme en este proceso investigativo.

A mi tutor de tesis cuyas orientaciones y apoyo incondicional me permiten acariciar este logro en mi vida.

A cada una de las personas que a lo largo de esta Investigación colaboraron para poder ver hoy culminar un sueño de superación personal... todos ellos y ellas

**“MIS MAS PROFUNDAS GRACIAS”**

## DEDICATORIA

Esta investigación desarrollada a lo largo  
de este tiempo, se la dedico a mi *amada*  
hija Isabel.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	ix
INTRODUCCION .....	1
<b>CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL</b>	
1.1 Antecedentes .....	3
1.2 Justificación .....	13
1.3 Delimitación y formulación del problema investigativo .....	16
1.4 Objetivo general y específicos.....	17
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO-CONCEPTUAL</b>	
2.1 Generalidades en torno a la violencia .....	18
2.1.1 Concepto de violencia .....	18
2.1.2 La violencia social en Costa Rica .....	19
2.1.3 Violencia intrafamiliar: Principales manifestaciones .....	20
2.1.4. Implicaciones psicosociales de la violencia .....	21
2.2 Derechos Humanos de las personas menores de edad .....	25
2.2.1Personas menores de edad y derechos .....	25
2.2.1.1. El derecho a la salud de niñas, niños .....	27
2.2.1.2 El derecho de los niños a ser protegidos .....	28
2.3 El Abuso Infantil .....	30
2.3.1 Concepto del abuso .....	30
2.3.2 Tipología.....	30
2.3.3 Factores de Riesgo.....	36
2.4 Personal de salud y atención a la violencia infantil. ....	45

2.4.1 La Salud desde una perspectiva integral .....	45
2.4.2 Atención a la violencia infantil: Algunos apuntes para su comprensión.....	48
2.4.2.1 Aspectos básicos de intervención.....	50
2.4.2.2 Metas básicas de intervención.....	51
2.4.2.3 Condiciones básicas de atención al abuso infantil.....	52
2.4.2.4 Roles del personal de salud.....	54
2.4.2.5 Características deseables en el personal.....	55
2.5 Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud en la atención a la violencia infantil .....	58
2.5.1 Consideraciones Generales del CAP .....	58
2.5.2 Barreras psicológicas en servidores de salud.....	61
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO</b>	
3.1 Tipo de estudio .....	64
3.2 Área de estudio .....	65
3.3 Unidades de análisis .....	65
3.4 Fuentes de información .....	67
3.5 Identificación, descripción de variables .....	67
3.6 Proceso de operacionalización de variables .....	70
3.7 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	77
3.8 Análisis de la información .....	80
3.8.1 Revisión y análisis de expedientes .....	80
3.8.2 Análisis estadístico de cuestionario .....	80
3.9 Limitaciones .....	81
3.10 Cronograma .....	82

## **CAPITULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS**

4.1 Resultado de análisis de expedientes .....	84
4.2 Resultado de análisis estadístico de cuestionarios .....	87
4.3 Resultado de análisis de Escala Likert .....	98

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones .....	100
Recomendaciones .....	104

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>106</b>
--	------------

## **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> .....	Ficha de recolección de información de expedientes
<b>Anexo 2</b> .....	Cuestionario
<b>Anexo 3</b> .....	Análisis de expedientes: Presentación Anual
<b>Anexo 4</b> .....	Análisis de expedientes: Presentación Global
<b>Anexo 5</b> .....	Análisis de expedientes: Presentación detallada.
<b>Anexo 6</b> .....	Puntuaciones Escala Likert

## RESUMEN

**Cita bibliográfica:** Aguilar Guido, Ana Luisa. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud: Sus repercusiones en la prestación del servicio a la salud que se brinda al niño víctima de abuso, en el Hosp.Dr. Fernando Escalante Pradilla , durante 2002-2006. Tesis. Universidad Estatal a Distancia: Sistema de Estudios de Postgrado, Escuela de Ciencias Exactas y Naturales, 2008.

**Director de tesis:** Dr. Danilo De Franco Montalván.

**Palabras claves:** Violencia, Derechos Humanos de las personas menores de edad, abuso infantil, Atención en salud a la violencia infantil. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud.

Nuestro país ratificó en 1990 la Convención de los Derechos de los Niños y Niñas, lo cual creó un clima propicio para la promulgación del Código de la Niñez y la Adolescencia el cual se inspira en un nuevo paradigma en el que el abordaje de toda situación que involucre niños y niñas, se debe de hacer concibiendo a estos/as como sujetos de derechos. Es así, como se fortalecen en el sector salud los Comités de Estudio del niño, niña y adolescente agredido como una alternativa que pretende promover una atención integral a la problemática del maltrato infanto-juvenil.

En el marco de este contexto, surge la investigación sobre el tema: “Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud: Sus repercusiones en la prestación del servicio a la salud que se brinda al niño víctima de abuso, en el Hosp.Dr. Fernando Escalante Pradilla, durante 2002-2006, esto por las siguientes razones:

a. Desde la óptica de una *perspectiva gerencial*, la presente investigación se constituye en un aporte al conocimiento de una realidad no explorada hasta este momento, como lo es: *los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que brinda atención directa a la niñez maltratada.*



b. El estudio enfoca su atención en dos aspectos a contemplar si se desea lograr una gestión eficiente y eficaz del servicio para mejorar la salud de los niños y niñas agredidos.

Los aspectos citados son:

*1. Prestación del servicio de salud a la niñez agredida*

*2. Estancias de hospitalización prolongadas, como un factor que incrementa los costos hospitalarios.*

c. Los resultados de este estudio, se espera sean un recurso de utilidad para el Comité de Estudio de Niño Agredido (CEINA) y así dicho órgano, con el apoyo de las autoridades del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla pueda formular e implementar un **plan de mejoramiento** que tenga como principal propósito fortalecer la prestación del servicio que se brinda a los niños y niñas agredidos /as, dentro del cual es importante señalar *la no prolongación de las estancias hospitalarias.*

Es por lo anterior, que la presente investigación pretende dar respuesta al cuestionamiento:

**¿Cómo influye en la atención del niño y niña víctima de abuso, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios de neonatos, lactantes y escolares del Hosp. Dr. Escalante Pradilla, durante el periodo 2002-2006?.** Para responder a este problema se planteó como propósito general: Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud que brinda atención a los niños y niñas víctimas de abuso en los servicios de neonatos, lactantes-escolares del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla y sus repercusiones en la atención que les brindan a estos usuarios, con el fin de definir medidas correctivas que coadyuven a que se fortalezca la prestación del servicio brindado y se disminuyan las estancias de hospitalización.

Dicho propósito fue alcanzado mediante una metodología que se basó en un enfoque cuantitativo en el que se emplearon diversas técnicas e instrumentos como: revisión de expedientes, cuestionario, escala likert.

Una vez que se realiza el análisis de los resultados, se exponen las conclusiones y recomendaciones que se obtienen de la investigación realizada.

## INTRODUCCION

Nuestro país ratificó en 1990 la Convención de los Derechos de los Niños y Niñas, lo cual creó un clima propicio para la promulgación del Código de la Niñez y la Adolescencia (1996) el cual se inspira en un nuevo paradigma que “promueve un cambio en las estructuras organizacionales y funcionales de las instituciones, obligándolas a integrar en su accionar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos” (51). Es así, como se fortalecen en el sector salud los Comités de Estudio del niño, niña y adolescente agredido como una alternativa que pretende promover una atención integral a la problemática del maltrato infanto-juvenil y no sólo ello, también se busca que en todo ámbito de la sociedad, en especial en el sector salud que se desarrollen acciones tendientes a la promoción de la no violencia, prevención, detección, denuncia y atención del maltrato infantil.

Tomando como marco de referencia lo antes expuesto, se considera que la atención del maltrato infantil involucra diversidad de aspectos, en los cuales *los conocimientos, actitudes y prácticas de quienes cotidianamente ofrecen un servicio de salud*, son un factor decisivo en la prestación de un servicio que no revictimice a estos pacientes y no solo ello, sino también que agilice en un tiempo prudencial su abordaje en los servicios de hospitalización.

Por tanto, al ser las estancias de hospitalización prolongadas, una circunstancia que se da con alguna frecuencia en el Hosp. Dr. Escalante Pradilla al brindar atención a la niñez que se presume es víctima de maltrato o abuso, esta investigación se plantea como objetivo el analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud que brinda atención a dichos usuarios y usuarias, en los servicios de neonatos,

lactantes, escolares del citado Centro Médico durante el periodo 2002 -2006 y sus repercusiones en dicha atención, con el propósito de definir medidas correctivas que coadyuven a que se fortalezca la prestación del servicio brindado y de esta manera se disminuyan las estancias de hospitalización.

Por último, el abordaje metodológico se basó en un enfoque cuantitativo, en el que la utilización de técnicas e instrumentos como: revisión de expedientes, cuestionario y escala likert permitió el alcance de los objetivos propuestos.

**CAPITULO I:**

**MARCO CONTEXTUAL**

## 1.1. ANTECEDENTES

En esta investigación la revisión de antecedentes, permite presentar una serie de estudios que guardan relación con el interés investigativo de la sustentante. Seguidamente se exponen cada uno de ellos:

### Antecedentes Internacionales:

Los investigadores Sue Rovi, PhD y otros desarrollan un estudio denominado La Carga Económica de Hospitalizaciones asociadas con el Abuso Infantil, cuyo propósito es evaluar la carga económica de las hospitalizaciones de niños con diagnósticos con abuso, comparados con otros niños que presentan otros motivos de ingreso. Indican dichos autores que en este estudio *“las estimaciones son conservadoras porque no se identifican a menudo víctimas de abuso, y aun cuando exista sospecha de abuso infantil, en esta patología existe un subregistro. Aunque los costos personales en dolor y sufrimiento a las víctimas y sus familias no pueden calcularse, en este estudio nosotros evaluamos la carga de hospitalizaciones asociada con el abuso del niño...Nuestros análisis demuestran que los costos financieros en el caso de niños hospitalizados con un diagnóstico de abuso son considerables comparados con aquellos de niños con otros motivos de ingreso...”*.(60) También mencionan estos investigadores que en sus resultados encuentran que *“los niños cuyas estancias hospitalarias eran codificadas con un diagnóstico de abuso tenían más probabilidad de haber muerto durante el periodo de hospitalización, así como presentar estancias más largas, al ser comparadas con otros niños ingresados con otros diagnósticos. Lo cual incide en los costos hospitalarios totales”*. (60) Aunado a ello destacan como principal conclusión: *“La identificación temprana de situaciones de abuso podría significar una reducción de costos médicos y sociales.* (60)

Por su parte, los investigadores Irazuzta JF y otros emiten un artículo denominado “Consecuencias y costos del abuso a niños” (36), en el cual se plantea como objetivo comparar los casos de abuso infantil con otras admisiones en una unidad de cuidado intensivo pediátrica para observar las diferencias en costos de cuidado de salud del paciente, específicamente: severidad de enfermedad y mortalidad. Es un estudio retrospectivo de todos los pacientes admitidos a dicha Unidad Pediátrica entre enero de 1991 y agosto de 1994, como principales resultados mencionan *“había 937 admisiones; 13 eran secundarias a abuso infantil. Estos casos representaron 1.4% de admisiones y 17% de muertes. Los pacientes de abuso infantil tenían el SI o severidad de enfermedad más alto (61%), En nuestros pacientes el SI es un factor que afecta los costos. Incluso cuando se compara un grupo de cohorte con SI, los pacientes de abuso infantil tenían el costo de hospitalización diario más alto. Las facturas médicas para el cuidado agudo de un paciente de abuso infantil promediaron \$35,641 por caso. Incluso con estos gastos, 70% se murieron y 60% de los sobrevivientes tenían morbilidad residual severa. Se concluye con dichos resultados que el abuso infantil severo es muy costoso y el último resultado es una pena significativamente más que otras enfermedades. Por consiguiente, nosotros creemos que es indispensable asignar recursos a la prevención”*. (36)

Otro estudio interesante a destacar es el denominado: Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México (1999) realizado por Pablo Méndez-Hernández et al. En éste se plantea como objetivos: Evaluar la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos, México, hacia la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, así como

identificar las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres maltratadas.

Algunas de sus principales conclusiones son: “el personal médico evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta. Este estudio evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre la materia; se recomienda empezar con los médicos generales y familiares, quienes demostraron estar más dispuestos a capacitarse, en comparación con los de especialidades clínicas e incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y áreas afines a la salud pública”. (41)

Se conoce también una investigación denominada “Violence Against Women: New Canadian Perspectives”, realizada por Day Mackenna (21). En la cual se trata de establecer el costo económico de la violencia intrafamiliar en Canadá. Se basa en el desarrollo de indicadores para evaluar las consecuencias sociales y fue realizado mediante una encuesta nacional de violencia, por medio de la cual se abarcaron las siguientes áreas: costo personal, legal, judicial, penal, salud, educación y empleo y servicio social y financiero. Por medio de este se determinó que este tipo de violencia causa un gasto de unos 1 600 millones de dólares anuales, incluyendo la atención médica de las víctimas y las pérdidas de productividad.

Por otra parte, las autoras Rosibel de los Angeles Rodríguez y otras realizan un estudio denominado Violencia de Género: Actitud y Conocimiento del Personal de Salud de Nicaragua (2003). Los objetivos que se plantearon fueron determinar la actitud del personal de salud en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia de género (VG), así como los factores relacionados con dicha actitud. Asimismo, conocer las barreras



para tal identificación y referencia y evaluar el nivel de conocimiento sobre las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar entre el personal de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). Principales conclusiones obtenidas “en general, el personal de salud presentó valores altos en la actitud de rechazo hacia la VG. Sin embargo, se identificaron barreras que indican la persistencia de creencias tradicionales como la de considerar el problema de la violencia un asunto privado. Por esta razón, para que en la práctica se observe un cambio significativo, es importante que se consolide la capacitación sobre el tema con una perspectiva de género en las escuelas de medicina”. (53)

#### **Antecedentes Nacionales:**

Se conoce de un estudio elaborado por Carmen Marín el cual se titula: Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AE), estudio piloto en San José de Costa Rica, 2002. El objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras acerca de la AE, en el marco de la atención integral de la mujer que está en riesgo de embarazo no deseado por haber tenido relaciones sexuales sin protección. Se aplicó un cuestionario estructurado de 20 preguntas a 60 gineco-obstetras del área metropolitana de San José para indagar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la AE. La investigación concluye que se “observó que en los gineco-obstetras costarricenses un alto conocimiento del mecanismo de acción, modo de uso y eficacia de la AE. Sin embargo, el porcentaje que la ha prescrito es más bajo que en estudios realizados en otros países”. (37)

Otra investigación elaborada por la M.Sc. Carmen Marín investigadora del Centro Centroamericano de Población tiene que ver con un diagnóstico sobre: “Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia”. Dicho estudio plantea como objetivo explorar los

conocimientos, actitudes y prácticas sobre Anticoncepción de emergencia (AE) que tienen los proveedores de salud que atienden a mujeres post violencia sexual con el propósito de identificar barreras que impiden el acceso a la AE, único método anticonceptivo que puede usarse después de una relación sexual coital no protegida. La metodología empleada consistió en términos generales en un estudio transversal exploratorio aplicando métodos cualitativos, se realizaron entrevistas, aplicando una guía semiestructurada. Se realizaron 18 entrevistas entre el 8 de octubre y el 11 de noviembre de 2003, entre los entrevistados hubo varones y mujeres de distintas profesiones de la salud. Las grabaciones y notas de campo fueron transcritas y luego se procedió al análisis de contenido. Entre sus principales conclusiones se indican: “El personal de salud: 1. Ha recibido capacitación para la atención de casos de violencia o abuso sexual. 2. Está muy motivado para dar “*comprensión*” a la paciente y tiene disposición favorable a ofrecerles AE pero teme hacerlo por el efecto abortivo que algunos le atribuyen. 3. No tiene conocimiento de la existencia, ni de la indicación de AE para estas mujeres. Y estaría dispuesto a ofrecer un modo de evitar el embarazo si se incluyera en las normas de atención integral de la violencia sexual. 4. Realiza la atención de acuerdo a su criterio personal, ante la ausencia de normas que orienten su accionar. 5. La limitada disposición a ofrecer atención que incluya AE a estas mujeres, es una barrera importante para su atención integral”. (38)

Finalmente, se conoce de un estudio denominado “Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes: Conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores de servicios de salud (CCSS) de la Provincia de Limón, fue elaborado por Grace Fallas y Georgina Morera”(2004). Se plantea como objetivo general: Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores de servicios públicos de salud de la provincia de Limón con respecto a la prevención, atención y seguimiento de las situaciones que involucran a

personas menores de edad víctimas o en riesgo de explotación sexual comercial. Es un estudio de tipo descriptivo, basándose para ello en una muestra significativa conformada por 149 funcionarios de salud de los EBAIS, de las áreas de salud y hospitales de la provincia de Limón. La población estuvo conformada por un total de 485 proveedores de servicios de salud. Los participantes completaron en forma anónima un cuestionario autoadministrado.

Una de sus conclusiones es “Mediante la evaluación de las actitudes, se reconoció la presencia de mitos y estereotipos que obstaculizan el desarrollo de prácticas dentro de los servicios de salud que aseguren una atención integral”. (26)

#### **Antecedentes Locales:**

El Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla (35) se encuentra ubicado en San Isidro de General, Pérez Zeledón. Es un centro hospitalario regional, en donde se reciben usuarios y usuarias de todo este cantón y de otros centros hospitalarios y áreas de salud de la Región Brunca para su debida atención en las diferentes especialidades. Este hospital cuenta con la presencia de las cuatro especialidades básicas (cirugía general, pediatría, ginecoobstetricia y medicina interna) pero además, cuenta con las subespecialidades pediátricas en neonatología y cirugía pediátrica, las subespecialidades quirúrgicas de ortopedia, neurocirugía, vascular periférico, urología, otorrinolaringología, oftalmología y las subespecialidades médicas de cardiología, psiquiatría, dermatología y neurología. Además, cuenta con varias de las tecnologías necesarias para la atención de las personas.

Al interior de este centro médico el número de casos de niños y niñas que se presume son víctimas de abuso y/o maltrato y han sido referidos al Depto. de Trabajo Social para su respectiva valoración, durante el periodo de estudio son<sup>1</sup>:

**CUADRO #1  
INTERVENCIONES SOCIALES  
CASOS ABUSO INFANTIL  
2002-2006**

<b>AÑO</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TIPO ABUSO</b>						
<b>Abuso físico</b>	----	18	31	11	11	71
<b>Abuso Negligencia</b>	----	15	34	22	17	88
<b>Abuso Emocional</b>	----	3	1	2	7	13
<b>Abuso sexual</b>	-----	17	57	26	16	116
<b>OTRO</b>					4	4
<b>TOTAL</b>		53	123	61	55	292

**Fuente:** Elaboración propia, 2002-2006

En el cuadro que precede se pueden observar datos recopilados a partir del II semestre del año 2003, pues no se cuenta con este tipo de información antes de dicha fecha. Además, estos datos contemplan el número de casos nuevos y en seguimiento de niños y niñas referidos al Depto de Trabajo Social, de servicios como: Consulta Externa, Hospitalización, Ebais y en general toda el área de atracción del Hospital Dr. Escalante Pradilla.

---

<sup>1</sup> Información estadística que para efectos de los Compromisos de Gestión se ha recopilado.

En el siguiente cuadro estadístico se puede apreciar la cantidad de casos de niños y niñas que presentaron un diagnóstico asociado con abuso o maltrato infantil durante el periodo de estudio y a su vez, generaron una estancia hospitalaria prolongada. Cabe mencionar, que durante el periodo 2002-2006 hubo un total de 117 casos de esta naturaleza, de los cuales 95 presentaron una estancia prolongada.

**CUADRO  
#CASOS ABUSO INFANTIL  
CON ESTANCIA HOSPITALARIA  
PROLONGADA  
2002-2006**

<b>Año</b>	<b>2002</b>	<b>Estancia</b>	<b>2003</b>	<b>Estancia</b>	<b>2004</b>	<b>Estancia</b>	<b>2005</b>	<b>Estancia</b>	<b>2006</b>	<b>Estancia</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Tipos</b>	<b># Casos</b>	<b>X</b>	<b># Casos</b>	<b>X</b>	<b># Casos</b>	<b>X</b>	<b># Casos</b>	<b>X</b>	<b># Casos</b>	<b>X</b>	<b># Casos</b>
<b>Abuso sexual</b>	9	12,7	14	11,3	10	9,1	13	7,7	6	6,1	52
<b>Abuso Físico</b>	2	8,5	10	13,8	5	13,2	5	9	1	5	23
<b>Abuso Negligencia</b>	2	8,5	2	7,5	4	9,7	5	24,4	3	7,3	16
<b>Abuso Psicológico</b>			1	5	2	6,5	1	14	-	-	4
<b>Total</b>	13		27		21		24		10		95

**Fuente:** Elaboración propia, 2002-2006.

Por otra parte, se realizó entrevista al Dr. Danilo De Franco Montalbán, Jefe de Pediatría (24) a fin de explorar antecedentes a nivel local. De este proceder se obtiene que desde su perspectiva los mismos son prácticamente inexistentes. Empero, se conoce que esta Jefatura realizó durante el año 2005 un estudio con base en revisión de expedientes, al cual denominó: *Casos extremos de estancia promedio*, en el cual llama la atención que en el caso de *Síndrome de Niño Agredido o Síndrome de Maltrato* se señalen las siguientes consideraciones:

- Entre las situaciones que prolongan la estancia hospitalaria dicho estudio señala: “los pacientes con Dx de Síndrome de Niño Agredido, producen estancias prolongadas, dado que requieren estudios por parte del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Trabajo Social, Comité Atención Integral al Menor Agredido (CEINA), Organismo de Investigación Judicial (OIJ) y otros.

- Disminuir la estancia de síndromes de niños agredidos: abusos severos, desnutrición proteico calórico grados II-III son realmente difíciles de disminuir la estancia hospitalaria. Se podría disminuir la estancia de los pacientes con Síndrome de Niño Agredido, si se pudiera agilizar los procesos con las instituciones externas al servicio como lo son el Patronato Nacional de la Infancia, Fiscalía, Medicatura Forense y también agilizar las interconsultas con psicología y proveer a los profesionales de trabajo social, los recursos necesarios para realizar las entrevistas domiciliarias a los padres o tutores de los niños o niñas abusados o agredidos”. (23)

En este sentido, el Dr. De Franco refiere que el costo económico que dichas estancias hospitalarias generan a la Institución es significativamente alto, por lo que el definir medidas que favorezcan el disminuir las mismas no sólo redundará en una reducción de costos a la

Institución sino también, en una menor exposición a riesgo de infecciones intrahospitalarias a niños y niñas víctimas de maltrato que no presentan ninguna patología clínica de fondo.

Por último, es importante indicar que la revisión de antecedentes realizada permite concluir que las investigaciones relacionadas directamente con el objeto de estudio son prácticamente inexistentes, por lo cual la presente investigación puede servir de referencia para futuras investigaciones y fortalecer esta área de estudio.



## 1.2 JUSTIFICACIÓN

La atención en salud que se brinda a los niños y niñas que se presume son víctimas de maltrato o abuso, se realiza desde un enfoque de atención integral, en el que se observa como pertinente la articulación de esfuerzos y conocimientos de diversas disciplinas que persiguen como fin último garantizar *el interés superior del niño* (18), el cual en nuestro ejercicio laboral frecuentemente, se traduce en protección y cuidado, que salvaguarde la integridad humana de la persona menor de edad.

En el servicio de pediatría las estancias hospitalarias que presentan este tipo de usuarios y usuarias, son con alguna frecuencia prolongadas y el estudio que a lo interno de este servicio se ha realizado para analizar sus causas ubica como principal explicación, factores externos al centro hospitalario como lo son:

- ⊗ Demora en la realización de estudios por parte del PANI.
- ⊗ Retraso de intervenciones por parte del OIJ
- ⊗ Espera de valoraciones forenses

Asimismo, se señalan como factores internos:

- ⊗ Demora en entrega de estudios por parte de trabajo social
- ⊗ Espera de estudios por parte del Comité Atención Integral al Menor Agredido.
- ⊗ Falta agilización en envío de interconsultas a psicología

Por tanto, desde una *perspectiva gerencial*, la presente investigación se constituye en un aporte al conocimiento de una realidad no explorada hasta este momento, como lo es: *los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que brinda atención directa a la niñez maltratada.*

De esta forma, se buscó obtener un conocimiento que permitiera identificar en que medida los antes citados factores, afectaban la prestación de este servicio de salud y en particular, la prolongación de sus estancias.

Es importante recalcar también, que este estudio, enfoca su atención en dos aspectos a contemplar si se desea lograr una gestión eficiente y eficaz del servicio para mejorar la salud de los niños y niñas agredidos. Los aspectos citados son:

*1. Prestación del servicio de salud a la niñez agredida*

*2. Estancias de hospitalización prolongadas, como un factor que incrementa los costos hospitalarios.*

Al contemplar el primer aspecto desde la perspectiva de la gerencia de salud se considera que la prestación de ese servicio descansa en la labor cotidiana que realiza el recurso humano, cuyas actitudes, conocimientos y prácticas podrían marcar la diferencia entre la satisfacción o insatisfacción del usuario-usuaria y sus familiares. Es por este motivo que este proyecto de investigación, pretendió a través de sus resultados emitir recomendaciones que lleven a fortalecer este servicio y así, minimizar el impacto revictimizante que significa para los niños y niñas en estudio mantenerlos en un servicio de hospitalización más del tiempo requerido, con lo cual no sólo afectamos negativamente su bienestar, sino que también incurriríamos como funcionarios públicos en un tipo de violencia tipificada como Institucional.

Por otra parte, al analizar el segundo aspecto sobre las estancias de hospitalización prolongadas, como un factor de interés investigativo desde la gerencia de salud, se puede decir que todo gerente debe de contemplar dentro de sus acciones los factores que afectan negativa o positivamente su quehacer y así, definir medidas correctivas que se orienten a disminuir los factores negativos y potenciar los positivos. En el caso de este estudio, se

espera que sus resultados contribuyan al desarrollo de **planes operativos** que favorezcan un no incremento de las estancias de hospitalización en el caso de niños y niñas agredidos. Este proceder podría contribuir a:

- a. La optimización de los recursos económicos con que cuenta el servicio de pediatría y así éste podría satisfacer otras necesidades que se presentan en ese servicio.
- b. Reducir el riesgo de infecciones nosocomiales (tales como infecciones respiratorias agudas, diarreas y otras) a las que se exponen los niños y niñas por largo tiempo hospitalizados.

Finalmente, se puede agregar que los resultados de este estudio, se espera sean un recurso de utilidad para el Comité de Estudio de Niño Agredido (CEINA) y así dicho órgano, con el apoyo de las autoridades del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla pueda formular e implementar un **plan de mejoramiento** que tenga como principal propósito fortalecer la prestación del servicio que se brinda a los niños y niñas agredidos y agredidas.

### **1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:**

El presente proyecto investigativo pretendió desarrollar un análisis descriptivo-exploratorio sobre los conocimientos, actitudes y practicas del personal de salud que atiende a niños y niñas maltratados/as y sus repercusiones en la atención en salud que se brinda a estos pacientes.

El lugar a desarrollar este estudio fue el Hospital Dr. Escalante Pradilla, concretamente los servicios de hospitalización: Neonatos, Escolares y Lactantes, tiempo previsto del estudio: 2002-2006.

Se identifica como objeto de estudio: Los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios señalados, o sea, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales.

En cuanto a la tipología de maltrato se considera pertinente enfocar este estudio a tipos clásicos como lo son: *sexual, físico, negligencia y psicológico*, dado que suelen ser los que más se detectan. Se excluyen así, otras formas de maltrato concebidas desde la óptica de enfoque de derechos como son: Síndrome de Munchausen (por poderes), abuso patrimonial y abuso prenatal.

#### **1.3.1 Formulación del problema de investigación**

¿Cómo influye en la atención del niño y niña víctima de abuso, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios de neonatos, lactantes y escolares del Hosp. Dr. Escalante Pradilla, durante el periodo 2002-2006?

#### **1.4 OBJETIVO GENERAL**

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud que brinda atención a los niños y niñas víctimas de abuso en los Servicios de Neonatos, Lactantes-Escolares del Hospital Dr. Escalante Pradilla y sus repercusiones en la atención que les brindan a estos usuarios, con el fin de definir medidas correctivas que coadyuven a que se fortalezca la prestación del servicio brindado y se disminuyan las estancias de hospitalización.

##### **Objetivos específicos**

1. Identificar los principales conocimientos que posee el personal de salud en relación con aspectos legales y normativos, factores de riesgo y consecuencias en la salud ligados al abuso infantil (sexual, físico, negligencia y psicológico).
2. Determinar las principales actitudes que posee el personal de salud en relación con la atención del abuso infantil (sexual, físico, negligencia y psicológico).
3. Reconocer las principales prácticas que realiza el personal de salud al detectar, atender, registrar y dar seguimiento al niño víctima de abuso.
4. Determinar las principales repercusiones que tienen en la atención del niño víctima de abuso, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, con el fin de definir medidas correctivas que coadyuven a que se fortalezca la prestación de este servicio de salud y se disminuyan las estancias hospitalización.

**CAPITULO II:**

**MARCO TEORICO-CONCEPTUAL**

## 2.1 GENERALIDADES EN TORNO A LA VIOLENCIA

### 2.1.1 Concepto: Violencia

La violencia es un fenómeno que se manifiesta de múltiples formas y afecta a muchas personas y grupos, indistintamente de su edad, género, ocupación, nivel económico o lugar de residencia. Según Gil por violencia se debe entender *“cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades y lo interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir”* (28). De esta forma, la violencia implica ir en contra de la voluntad de una o varias personas, lo que puede llevar a que se violenten uno o varios derechos humanos, aspecto que -como señala Gil- entorpecería el desarrollo integral de la persona, pues **toda relación violenta es denigrante, humillante y en muchas ocasiones devastadora**, principalmente para la persona que es ofendida o violentada, sea mujer u hombre, rico o pobre, o cualquiera que sea su condición.

Aunque existen muy diversas formas de definir la violencia o el abuso, “para efectos prácticos se utilizan indistintamente ambos conceptos, para referimos a situaciones en las cuales: las personas utilizan su fuerza, sus conocimientos y experiencia en razón de edad, género y ocupación u otras ventajas que posean, para dañar, someter, imponer, utilizar, excluir, discriminar a otras personas, en particular a una persona menor de edad”. (62) Así también, este fenómeno es definido por la Organización Mundial de la Salud como: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”* (45)

### **2.1.2 La violencia social en Costa Rica**

En el mundo globalizado que vivimos hoy, emerge la violencia como un fenómeno complejo, multicausal y cuyas consecuencias inciden en el desarrollo histórico y sociocultural de los pueblos. Este fenómeno se expande por una serie de factores como por ej. los medios de comunicación, la internet, cambio o pérdida de valores, migraciones y así, sus efectos en el deterioro de la salud y el bienestar de las personas se hace presente.

Nuestra realidad costarricense no escapa a este flagelo y en nuestro cotidiano vivir se observan diversidad de manifestaciones de violencia, como son por ej: los accidentes de tránsito, la delincuencia juvenil, la violencia intrafamiliar, entre otras. Lo cual, contrasta con un panorama nacional de antaño que en palabras del Dr. Guido Miranda se podría describir como sigue:

*“Hace 50 años la población costarricense la constituían 800.000 personas, en la actualidad es de 4 millones de individuos. De este mismo período, el Dr. Guido Miranda refiere que el conocimiento de la violencia en Costa Rica, eran “las reyertas bajo la influencia del alcohol y los accidentes, especialmente los ahogamientos, las caídas, los suicidios. La tasa de mortalidad era de 4,7 por 10.000 habitantes. Dentro de su tasa total de mortalidad de 114 muertes por 10.000 habitantes, la violencia figuraba en los últimos lugares de las diez primeras causas. En la actualidad ocupa la tercera causa de muerte”.*

*(43) “Los cambios demográficos reflejados en el crecimiento de la población, la esperanza de vida; una más alta densidad de población, con una concentración cada vez mayor en las áreas urbanas; así como la migración y el impacto que conlleva, y los cambios económicos drásticos, entre otras situaciones, impactan el comportamiento social”. (45)*



Tomando como referencia dichas apreciaciones es indudable que la estructura social y económica de Costa Rica ha evolucionado con el tiempo y hoy esta sociedad se ve permeada no sólo por importantes cambios científicos, tecnológicos y culturales sino también, por una complejidad y niveles de violencia que afectan negativamente la calidad de vida de los ciudadanos. Es así, como se vive en un entorno nacional, en el que cada persona debe asumir los retos y desafíos que les presenta una sociedad que se esfuerza por alcanzar un mejor desarrollo humano. A la vez, que demanda de todas sus organizaciones, instituciones y en general, la sociedad civil, un papel activo, en acciones que contribuyan a fortalecer una cultura de no violencia y además, en crear las condiciones necesarias en todos los sectores de la sociedad (educación, salud etc) para que quienes experimentan las repercusiones de dicho flagelo en su vida, puedan superar satisfactoriamente esta situación. Seguidamente, se exponen algunos conceptos y teorías en relación con el fenómeno de la violencia, las cuales pretenden brindar una aproximación contextual a este fenómeno.

### **2.1.3 Violencia Intrafamiliar: Principales Manifestaciones**

La violencia doméstica, también conocida como violencia intrafamiliar, puede ser definida como: “todo acto u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, emocional o social de un ser humano, en donde medie un vínculo familiar o íntimo entre las personas involucradas”. (17). De esta forma, este tipo de violencia a “nivel general, puede decirse que involucra seres humanos en una de las subsecuentes relaciones:

-adulto-adulto

-adulto-niño

-adulto-anciano

A nivel más específico, la diferencia entre violencia doméstica y otros tipos de maltrato, radica en la existencia de un contacto íntimo entre las personas mencionadas. El vínculo obedece, por lo general, a un lazo familiar o de pareja. Sin embargo, la familia no constituye el único espacio donde ocurre la violencia doméstica. También, se considera como parte de ella, cualquier tipo de agresión que ocurra en grupos que satisfagan para sus integrantes, las necesidades afectivas, de protección y cuidado que, tradicionalmente, son responsabilidad de la familia.

La violencia doméstica, además de incluir distintas clases de abuso o maltrato (psicológico, físico, sexual, negligencia) se manifiesta en diferentes tipos de relaciones humanas. Entre las más frecuentes y las que han recibido mayor atención social, se encuentran el maltrato a la esposa y el abuso infantil”. (17)

#### **2.1.4 Implicaciones psicosociales de la violencia**

Debido a que la violencia es un problema bastante complejo, cuyas manifestaciones son diversas, las implicaciones posibles pueden ser muy variadas:

- “La agresión vivida por el ofendido genera con mucha frecuencia un rechazo bastante obvio hacia el ofensor, que en ocasiones puede generalizarse a otras personas, suceso que está relacionado con el temor del ofendido a ser víctima nuevamente, lo cual puede hacer que la persona se aísle o sobre reaccione, muchas veces sin ser consciente de esto. Por ejemplo, una persona que en su trabajo es tratada de mala forma por su jefe, quien la agrede verbalmente con frecuencia, puede llegar a su casa y "descargar" la tensión que sufre con su familia, o incluso con otros compañeros de trabajo.

- La formación de familias disfuncionales que establecen relaciones patológicas entre sus miembros. Por ejemplo, familias en donde constantemente sus miembros se están gritando, o en donde el padre y la madre agreden a sus hijos física y verbalmente, madre y padre que cuando fueron niños también fueron agredidos por sus respectivos padres, con lo que reproducen un patrón de crianza basado en formas violentas, siendo probable que sus hijos también utilicen ese patrón violento, reproduciendo el mismo en vez de desarrollar y estimular en ellos la capacidad de resolver conflictos sin utilizar la violencia.
- Temor de la persona ofendida de denunciar y ser objeto de una nueva o más fuerte agresión, lo que unido a sentimientos de impotencia, terminan encerrando a la persona en un círculo de silencio que la hace sentirse más sola y desesperada. Esta dinámica muchas veces hace que quien vive situaciones de violencia se vaya aislando socialmente cada vez más, dinámica que puede describirse como una espiral que empieza de afuera hacia adentro, en donde mientras más adentro se esté en la espiral, más aislada está la persona.
- Aplicación del poder de manera indiscriminada por parte de algunas personas, las cuales canalizan su frustración repitiendo modelos de agresión hacia otros y otras, principalmente sobre quienes podrían tener algún tipo de poder por tamaño, edad, posición, género, puesto, entre otros. Este proceso de repetición de modelos de agresión puede tomar la forma inversa de la espiral recién descrita, por lo que ésta más bien sería una espiral que empieza de adentro hacia fuera, en donde mientras más afuera se esté y más haya crecido la espiral, más se han reproducido esos modelos de agresión y patrones violentos.
- Sentimientos de minusvalía e inadecuación en la persona agredida, que producen en ésta un importante deterioro en el autoconcepto y la autoestima. Esto por cuanto las personas que utilizan modelos violentos y agresivos con frecuencia descalifican a quien

están agrediendo, centrándose en criticar sus habilidades profesionales, académicas y sociales, “otorgándole” al agredido la culpa de cualquier situación que salga mal, quien es entonces concebido por la persona que lo descalifica como un “bueno para nada”. Es decir, se intenta justificar la violencia por medio de razonamientos que degradan a la persona agredida y que intentan que ésta se conciba menos como persona, intentando también anular los afectos de la misma. Algunas personas adultas asumen este tipo de conductas incluso hacia niños y niñas. La descalificación es particularmente destructiva si quien descalifica es una persona significativa para la persona ofendida, como el padre o la madre, hermano, hijo u otro familiar, la pareja, o el jefe, entre otros.

- Las relaciones de abuso de poder y violencia en las que ha sido víctima la persona, pueden llevarla a establecer formas inadecuadas de relacionarse con el mundo y con las otras personas, sean familiares cercanos (madre, padre, hermanos, tíos), amistades, la pareja, vecinos, compañeros y compañeras de estudio o trabajo. El efecto de una relación de poder abusiva puede llegar a ser tan negativo, que en las nuevas relaciones que establezca la persona, ésta puede ser nuevamente víctima de agresión, o incluso puede convertirse en un agresor o una agresora, por la dinámica de las relaciones violentas que se explicó anteriormente, tal como lo ha mostrado la investigación acerca del abuso sexual en donde los niños abusados presentan una probabilidad estadísticamente significativa de convertirse en abusadores sexuales.
- Otras consecuencias de la violencia igual de perjudiciales en la vida de las personas, pueden ser la depresión y la falta de interés por la vida, las cuales pueden llevar incluso al suicidio o al homicidio. Esto por cuanto en el caso del suicidio, la violencia afecta la autoestima de la persona que la sufre, al ser objeto constantemente de descalificaciones

verbales, o agresiones físicas, que generan inicialmente en las personas mucho temor, pero que también producen inseguridad y sentimientos de impotencia e indefensión, pudiendo generarse en la persona agredida una visión muy negativa acerca de ella misma, del mundo en general y del futuro, que a su vez pueden producir pensamientos y sentimientos como "yo no sirvo para nada", "el mundo es un lugar desagradable, no hay nada bueno en él, nadie me puede ayudar", e incluso "nada va a cambiar, todo es y será igual, siempre tendré que aguantar la misma situación". Si se llega a conocer un caso de éstos, es fundamental remitir a la persona con ayuda profesional en psicología y psiquiatría, pues puede estar muy cerca de intentar quitarse su vida.

- En el caso de los homicidios, algunas personas pueden "acostumbrarse" a utilizar tanto la violencia que no son conscientes -o no les importa- de los daños que producen. Como se señaló con anterioridad, muchas veces estas personas han sufrido niveles muy altos de violencia, que les ha llevado a perder no sólo el interés en la vida propia, sino también en la de los demás, lo que puede hacer que no les interese ni les preocupe los serios daños que pueden provocar, incluyendo la muerte.
- Sin embargo, el homicidio también podría darse desde la persona que es agredida hacia quien agrede. Si la agresión ha llegado a un punto en que la persona siente que ya no puede más, puede que la única forma en que crea que puede detener la violencia sea el homicidio, situación que como es sabido, tendría una serie de consecuencias legales, sociales, emocionales y hasta económicas.
- En los casos específicos de abuso sexual, además de las consecuencias ya mencionadas, es probable que la persona presente disfunciones de tipo sexual, por ejemplo evitar mantener relaciones sexuales con la pareja. Esto por cuanto la violencia y el abuso sexual,

producen daños muy fuertes en la vida emocional de las personas, llevando incluso a que sufran traumas severos que hacen que no quieran ni puedan tener ningún tipo de relación sexual genital, pues les puede recordar la terrible experiencia vivida.

- Con respecto a quien agrede, se puede anotar como una importante implicación psicosocial que dadas las actuales leyes, el cometer un acto de violencia puede ser penado con cárcel, procedimiento que afectaría diversas esferas de la vida de la persona y de quienes le rodean.
- Además, quien agrede se puede ver afectado por la estigmatización social que se puede hacer de la persona si se llega a conocer públicamente sobre los actos cometidos, situación que puede generar rechazo o bien, aislamiento social”. (61)

En el siguiente apartado, se presentaran algunos lineamientos teóricos-conceptuales sobre los derechos de las personas menores de edad, en especial el derecho a la atención a la salud que estos sujetos deben gozar, en aras de que el Estado Costarricense les garantice una mejor calidad de vida.

## **2.2 DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD.**

La experiencia desarrollada en el sector salud indica que el maltrato infanto-juvenil “es un importante problema de salud pública, no solamente por los aumentos en la mortalidad, morbilidad, sino también por sus secuelas y la discapacidad que deja en los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato”. (40) Dicha problemática en sus diversas formas: “física, emocional, sexual, negligencia, patrimonial, estructural o institucional (cuando se incumplen derechos de la niñez), prenatal (maltrato que ocurre en la vida intrauterina) es una realidad que enfrentamos cotidianamente en todas las clases sociales y zonas del país”.

(40) Así, para efectos de una mayor fundamentación de este estudio seguidamente se procederá a desarrollar algunas bases teóricas que permitan sustentar la condición de las personas menores de edad como sujetos de derechos.

### **2.2.1. Personas menores de edad y derechos**

El termino niñez y adolescencia va más allá del concepto cronológico que antes se consideraba para definir a estos seres humanos. A través de la historia se ha ido transformando y ampliando dicho concepto, pasando de una concepción que ubicaba a estas personas en una posición de pertenencia de los adultos, de objetos de protección y tutela, hasta ir siendo considerados, cada vez más, como sujeto de derechos. Así pueden verse los diferentes esfuerzos de la sociedad por establecer y especificar, a nivel de leyes, todos los derechos que deben ser respetados para la población menor de edad. En este sentido, seguidamente se puede mencionar la siguiente normativa legal.

En el artículo 51 de la Constitución Política Costarricense (19) se establece la responsabilidad estatal de dar protección a la familia, particularmente a las niñas, niños, madres y personas adultas mayores. Estas poblaciones se consideran en una condición diferenciada, es decir, con mayores posibilidades de ser vulnerabilizadas para el no goce de sus derechos humanos.

Es con la Convención de los Derechos del Niño (20), ratificada por Costa Rica en 1990, que se reconoce a las personas menores de edad como sujetos de derechos humanos y para efectos de esta investigación, sirva mencionar el artículo 19, el cual indica el compromiso del Estado Costarricense por las niñas y los niños contra toda

forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación y abuso sexual.

A partir de esta Convención Costa Rica establece el Código de la Niñez y la Adolescencia (18), aprobado en 1998 el cual contiene los derechos que poseen las personas menores de edad, al igual que las responsabilidades y obligaciones por parte del Estado para con esta población. De esta forma, cabe enfatizar que en estos documentos legales, se especifican derechos tales como el derecho a la educación, a la vida en familia, a la identidad, a la intimidad, a la libertad, a poseer una nacionalidad, a la información, a la libre asociación, entre otros y por supuesto, el derecho a la *SALUD*, derecho al que alude directamente esta investigación y por lo tanto, es fundamental su desarrollo.

#### **2.2.1.1 El derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes**

En la Convención de Derechos del Niño, en relación con el derecho a la salud se establece que: “los niños y las niñas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación”. (20)

De manera específica se pueden citar algunos artículos del Código de la Niñez y la Adolescencia que lo respaldan. Así, en el artículo 41 se establece el derecho de las personas menores de edad a recibir atención médica: “las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los Centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad,



falta de cupo ni otra circunstancia”. (18). Asimismo, en el mismo Código se instaura en el artículo 48 que: “los hospitales, las clínicas y los centros de salud, públicos o privados, estarán obligados a crear un comité de estudio del niño agredido. La integración y el funcionamiento quedarán sujetos a la reglamentación que emita el Poder Ejecutivo. Asimismo, los centros públicos de salud deberán valorar inmediatamente a toda persona menor de edad que se presuma víctima de abuso o maltrato. Ese comité valorará los resultados, realizará las investigaciones pertinentes y recomendará las acciones que se tomarán en resguardo de la integridad del menor”. (18)

Por otra parte, la obligatoriedad de la denuncia del maltrato, se encuentra especificada en el artículo 49 del Código de la Niñez y la Adolescencia y así se establece que: “los directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. Igual obligación tendrán las autoridades y el personal de centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas”. (18)

Finalmente, para ofrecer un servicio integral en cualquiera de los sectores responsables y particularmente en el sector salud, debe establecerse un modelo de intervención con un enfoque de derechos, que procure la protección integral de de las personas menores de edad. Sobre este particular en los próximos apartados, se buscará plantear algunos lineamientos teóricos metodológicos que permitan dilucidar las intervenciones más relevantes en materia de atención a la salud de la niñez maltratada o víctima de abuso.

### **2.2.1.2 El derecho de los niños, niñas a ser protegidos de las diferentes formas de maltrato o abuso.**

En el Estado Costarricense de Derecho se pretende que las diferentes personas que lo constituyen, gocen de una seguridad tal que les permita el desarrollo de todas sus potencialidades y la posibilidad de sentirse seguras y respetadas en su persona. Es así, como se ha configurado toda una normativa legal que persigue el proteger a todas y todos los sujetos que diariamente participan del desarrollo del país.

En el caso concreto de niños, niñas y adolescentes, se han promulgado una serie de leyes y reglamentos que se orientan a proteger sus derechos y sancionar los abusos o maltratos en perjuicio de su persona. En relación con este tema, puede citarse lo especificado en la Convención de los Derechos del Niño que indica: “los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”. (20) Esas medidas de protección deberían comprender según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y según corresponda, la intervención judicial”. (20)

El Código de la Niñez y Adolescencia indica: “la persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y

protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral”. (18)

En esta misma línea de pensamiento, el mismo Código establece la responsabilidad de proteger a las personas víctimas de violencia en las instituciones estatales: “la persona menor de edad tendrá el derecho de ser protegida por el estado contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente, de carácter cruel, inhumano, degradante o humillante que afecte el desarrollo integral. El Patronato Nacional de la Infancia, el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social brindarán las oportunidades para la promoción y el desarrollo humano social, mediante los programas correspondientes y fortalecerán la creación de redes interinstitucionales, así como con las organizaciones de la sociedad civil que prevengan el abuso, el maltrato y la explotación, en sus distintas modalidades, contra las personas menores de edad” . (18)

Entonces, como puede apreciarse en nuestro territorio costarricense la protección a la infancia, incluye un abanico de lineamientos jurídicos, cuya definición e implementación se orienta a la efectiva protección de toda persona menor de edad.

## **2.3 El abuso infantil**

### **2.3.1 Concepto del abuso**

La fundación Paniamor define el abuso como “toda acción que lesione los derechos del niño o niña, donde quiera que ésta se dé, desde los círculos más particulares e íntimos hasta el contexto general de la sociedad y el Estado”. (49)

El autor Freddy Ulate indica que el término de abuso hace “una relación directa con el principal factor que se conecta con la violencia contra las personas menores de edad: *el abuso de poder*. (62). Por tanto, en este proyecto de investigación se adoptó este termino, pero de igual forma también se contempló el termino de maltrato infantil como uno que guarda similitud con el primero, por considerar que en la cotidianeidad de la atención a este problema de salud publica, ambos términos son aprehendidos para reconocer y abordar estas situaciones.

### **2.3.2 Tipología del abuso**

La Dra. María Inés Bringiotti hace una breve síntesis sobre una tipología del abuso aceptada a nivel casi mundial por los diferentes países asociados a ISPCAN-International Society for Prevention of Chile Abuse and Neglect:

**1. “Maltrato físico:** cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo.

Indicadores:

Golpes y moretones, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras, señales de mordeduras humanas, cortes o pinchazos, lesiones internas, fractura de cráneo, daño cerebral, asfixia o ahogamiento.

**2. Abandono físico:** aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor – alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y/o cuidados médicos-no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño, pudiendo hacerlo. Es importante en este contexto discriminar entre pobreza y negligencia, en el primer caso la responsabilidad puede ser más social que familiar.

Indicadores:

Déficit en la atención de las siguientes situaciones: alimentación, vestimenta, higiene, cuidados médicos, supervisión en situaciones potencialmente peligrosas, condiciones higiénicas y de seguridad del hogar. En el área educativa, ausencias e incompetencias en el rendimiento.

**3. Maltrato emocional:** hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles –desde la evitación hasta el encierro- por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Indicadores:

Rechazo a las iniciativas de apego en los más pequeños, exclusión de las actividades familiares, transmisión casi habitual de una valorización negativa del niño, negación de autonomía en los más grandes, conductas de amenaza e intimidación, conductas ambivalentes e impredecibles, situaciones ambiguas en la comunicación –doble mensaje- aislamiento, evitar los contactos sociales, prohibición de participar de actividades con sus pares.

**4. Abandono emocional:** la falta persistente de respuestas a las señales-llanto, sonrisas-expresiones emocionales y conductas procuradoras de la proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

Indicadores:

Ignorar al niño de diferentes maneras según su estadio evolutivo, no responder a las conductas sociales espontáneas del niño, no participar en las actividades diarias del niño, no apoyarlo o defenderlo frente a los problemas escolares o sociales del niño, renuncia por parte de los padres a asumir las responsabilidades parentales en todos sus aspectos.

**5. Abuso sexual:** cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño.

Indicadores

Incesto, en el caso que se trate de parientes con consanguinidad lineal o adultos que estén desempeñando el rol de figura parental como nuevas parejas del padre o madre o padres adoptivos, violación, realizada por personas adultas no incluidas en el ítem anterior, vejación sexual, manoseo, toqueteos al niño o provocarlos del niño al adulto, abuso sexual sin contacto físico, exhibicionismo, mostrar la realización del acto sexual, exponer a revistas o videos.

**6. Explotación laboral o mendicidad:** los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos –domésticos o no- que exceden los límites de lo habitual y deberían ser realizados por adultos, interfiriendo de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños y que, por último, son asignados con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

Indicadores:

Realización de actividades domésticas excesivas para la edad del menor, las mismas tienen un carácter habitual en la relación familiar y no responden a una circunstancia específica y justificable, actividades en el ámbito extra domésticos, en la calle, estaciones, trenes, que colocan al niño en situaciones de riesgo de ser abusados o tener accidentes, exigir “remuneraciones”, bajo pena de recibir castigos.

**7. Corrupción:** Conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas –especialmente en las áreas de la agresividad, sexualidad, drogas, alcohol y/o conductas delictivas-.

Indicadores:

Se fomenta el desarrollo de hábitos adictivos –droga y/o alcohol-alentar a contactos sexuales de diverso tipo, estimular la agresividad y la respuesta violenta ante situaciones conflictivas de la vida diaria, sobre todo entre pares, iniciación e incitación a la prostitución, alentar el tráfico/comercio de drogas.

**8. Síndrome de Munchausen:** simulación por parte del padre/madre o tutor – especialmente por parte de la madre de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de patologías difíciles de demostrar, llevando a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

Indicadores:

Visitas reiteradas a médicos y guardias hospitalarias, cambio constante de lugares de atención, ausencia de un médico estable que controle al niño, consultas en fines de semana o en horarios de guardia o nocturnos, aplicación de todo tipo de remedios y/o recursos técnicos que agreden al niño, conocimiento bastante completo por parte del adulto de síntomas,

manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos, nivel educativo medio como mínimo de adulto.

**9. Incapacidad parental de control de la conducta del niño:** los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos.

Indicadores:

Manifiesta ignorancia de los pasos del niño, dónde y con quién está o en qué actividades está participando, justificación del tal abandono por supuestos “problemas” presentados por el niño, los padres “no saben qué hacer”, renuncia implícita y a veces explícita a solicitar ayuda especializada ante tales circunstancias.

**10. Abandono:** dejar literalmente al niño abandonado –en una puerta, plaza, tacho de basura...sin intención aparente de volver.

**11. Maltrato prenatal:** consumo de drogas durante el embarazo que provoque que el niño nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas” (7).

**12. Intoxicación:** siguiendo a otros autores como Molina (44) podemos agregar esta forma específica de maltrato, que implica la ingestión de compuestos o sustancias químicas por acción del o los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, intoxicación a través de la lactancia, intoxicación por descuido o negligencia e intoxicación violenta. Debemos diferenciarlas del Síndrome de Munchausen mencionado anteriormente.

**13. “Formas raras y graves del maltrato infantil:** son cuadros confusos que pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales. Ejemplos: quemaduras por microondas y quemaduras por secadores de pelo, intoxicación por sal común (cuyo exceso produce entre otros efectos deshidratación, aspiración de pimienta (oclusión de laringe, tráquea y



bronquios; afecta también a esófago y estómago, la mayoría son fatales; síndrome de oreja en coliflor (golpe en el oído, torcedura vertebral) y asfixia, ritualismo (ceremonias o prácticas “religiosas” donde se somete a los niños a diferentes formas de abuso); déficit de vitamina B12, muchas veces provenientes de madres vegetarianas estrictas que alimentan sólo a pecho a sus hijos, sin ningún tipo de complemento”. (12)

**14. “Secuestro y sustitución de identidad:** son todos aquellos casos, en los que el menor era separado de su madre o bien nacía para ser entregado a personal policial o personas relacionadas con los secuestradores, negando su identidad y la posibilidad de vuelta a su familia de origen. Así mismo incluye a los menores secuestrados con sus padres y entregados a otros sujetos no familiares. (27) En este caso no se trataría de una forma de maltrato intrafamiliar, sino **social/institucional**.

En relación con este último tipo de abuso se puede agregar que el maltrato extrafamiliar estructural o institucional “es el que se produce fuera del ámbito familiar, puede ir dirigido al niño como individuo o hacia la infancia como grupo. En este último caso se trata de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional o funcionario que conlleva abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viola los derechos del niño”. (58)

Finalmente, este listado de formas que adopta el abuso no es exhaustiva “a medida que el estudio sistemático del mismo se va ampliando, probablemente se irán detectando otras tipologías, lo mismo ocurrirá a medida que la sociedad avance y los cambios estructurales influyan en la familia, es lógico suponer que pueden llegar a surgir, lamentablemente nuevas formas de abuso hacia los niños y las niñas. Además, es importante señalar que se

han presentado las diferentes formas separadamente con un fin ilustrativo, pero es difícil que no ocurran dos o más tipos simultáneamente”. (7)

### **2.3.3 Factores de riesgo**

La alta vulnerabilidad de niños y niñas a ser víctimas de abuso hace necesario revisar factores de riesgo presentes en *la cultura, la organización social, la dinámica familiar y otras relaciones de custodia o crianza, así como en los propios niños y niñas* (61)

#### ***1-En la cultura:***

“Desde un enfoque género-sensitivo se entiende que en América Latina, como en el resto del mundo, ciertas normas culturales amenazan la seguridad de las personas menores de edad y aumentan su vulnerabilidad ante el abuso:

**-Ideología patriarcal:** que subyace bajo patrones de socialización que promueven representaciones sociales distorsionadas de la femineidad y la masculinidad, al tiempo que legitiman una estructura social que refiere a la práctica aceptada del dominio del hombre sobre mujeres, niños y niñas, que declara a la familia como santuario inviolable en donde la violencia se trata como un asunto privado, un secreto familiar, con prácticas discriminatorias que establecen barreras contra la igualdad entre mujeres y hombres y asocian masculinidad con dominación y poder en las relaciones.

Esto hace que se espere de los niños y niñas conductas diferentes, tal es el caso, en el niño se espera que sean:

- Gritones
- Agresivos
- Mandones
- Resistentes a expresar sentimientos de ternura, temor, tristeza, dolor.

- Independientes
- Audaces
- Intelectuales
- Racionales
- Interesados por temas sexuales y sexualmente activos

**Lo que trae como consecuencia que en el caso de que los varones sean víctimas de abuso:**

- No demuestren dolor
- Se resistan a declararse víctimas
- Mantengan el secreto
- Aprendan a herir antes que ser heridos
- Asuman el abuso y lo reproduzcan como expresión de poder
- Sexualicen las expresiones de afecto

**Se espera que las niñas sean:**

- Quietas
- Pasivas
- Sumisas
- Sensibles (tiernas)
- Hogareñas
- Obedientes
- Dependientes
- Poco intelectuales
- Ingenuas
- Inhibidas

- Dramáticas
- Desinformada sobre temas sexuales
- Serviles
- Limitadas en su interacción social

**Estos patrones sociales propician que cuando las niñas sean víctimas de abuso:**

- Aprendan a obedecer a su ofensor (a)
- Aprendan a ser víctimas
- Asuman la culpa por lo ocurrido
- Teman herir los sentimientos de su ofensor (a)
- Vuelquen sobre sí mismas sentimientos de enojo e invalidación

**-Patrones de crianza:** transmitidos a través de generaciones que perpetúan la ideología patriarcal existente, un proceso de socialización que transmiten normas valores y pautas de comportamiento validados inconscientemente por la sociedad.

En nuestra cultura existe la creencia común de que la disciplina implica castigo y control (esto incluye castigo físico y abuso emocional). A la palabra “disciplina” se le da un significado negativo al relacionarla con autoritarismo. Así, los padres y madres que emplean este estilo autoritario no respetan los derechos y las necesidades de los niños y las niñas, imponen constantemente su criterio y fácilmente caen en interacciones abusivas. Tanto arraigo tiene esta creencia en nuestra cultura, que aquellos padres y madres que quiebran este patrón errado son considerados malos padres (“alcahuetas”), propiciando así la aceptación del abuso contra las personas menores de edad como un modelo de crianza entre generaciones.

La aceptación social y personal del abuso físico como forma de disciplina es un factor cultural que contribuye a su perpetuación.

**-La percepción del niño y la niña como objeto y no como sujeto de derechos:** a lo largo del tiempo se ha establecido una relación de dominio-propiedad entre los niños, las niñas y las personas adultas, que se traduce en una situación de desventaja social y falta de poder para las personas menores de edad. Esto trae como resultado una permisividad social a conductas adultas que lesionan sus derechos, en especial cuando provienen de figuras de autoridad.

Es importante destacar como consecuencia de esto la no activación de mecanismos externos de control social informal que podrían prevenir o interrumpir situaciones de abuso, justificada en el desconocimiento de los niños y las niñas como personas con derechos propios y en la regla de la no intervención en asuntos privados de un familia. Esta posición vuelve a la sociedad tolerante al abuso de poder ejercido por personas adultas en perjuicio de sus niños y niñas a la vez propicia su aislamiento.

La conceptualización de los niños y niñas como objetos no permite a la sociedad entender ciertas conductas como abusivas, en tanto el abuso es la violación de derechos que a los largo de la historia no se ha reconocido en las personas menores de edad”. (61)

### ***2-Factores familiares:***

“La familia idealmente tiene como función primordial cuidar de todos sus miembros y asegurar para sus niños y niñas el pleno goce y desarrollo de sus facultades psíquicas e intelectuales, guiarles con afecto de un estado de natural dependencia e inmadurez a uno de progresiva independencia y madurez. La función protectora debe asegurar no solo la prolongación de la especie humana como tal, sino la supremacía y desarrollo de individuo.

Las familias modernas viven altos niveles de violencia en su relación interpersonal. Su integración ha variado, su composición actualmente es diversa. El deterioro en el contexto social en que está inserta la familia ha incidido directamente sobre ella y la ha puesto en

crisis, sin que existan suficientes sistemas sociales de apoyo que den respuesta a sus nuevas necesidades.

La capacidad de dar y recibir afecto se desarrolla en el ser humano durante la infancia como resultado de las experiencias positivas con padres y madres. Si la experiencia fue de ausencia de afecto, castigos severos, etc., la persona menor de edad puede, como resultado de este modelo de crianza, reproducir de adulta un patrón similar con sus propios hijos e hijas.

El riesgo de abuso puede aumentar simplemente por las características de cada etapa de desarrollo del niño o niña y la inhabilidad de padres y madres para enfrentar características de su personalidad. Conforme el desarrollo de los hijos e hijas, los padres y madres deben ir enfrentando nuevas situaciones, lo cual aunque generalmente es bien resuelto, en otras circunstancias suelen presentar dificultades producto de la desinformación o las circunstancias como su propia inmadurez o vivencias negativas de su niñez.

Algunas características familiares asociadas como factor de riesgo de abuso para las personas menores de edad son:

Familias aisladas o con falta de supervisión

Familias autoritarias y rígidas

Familias que manifiestan el rechazo

Familias con baja tolerancia a la frustración

Familias que reproducen modelos de comunicación disfuncionales

Mecanismos fallidos de inhibición de dinámicas incestuosas

Familias desinformadas

-Algunas circunstancias familiares que pueden disminuir su capacidad para ejercer el cuidado apropiado de sus niños (as) son:

Tensión severa

Pérdida de un ser querido

Desempleo

Conflictos legales

Separación o soledad

Inmadurez de los cuidadores o padre o madre

Enfermedades mentales

Experiencias traumáticas en la niñez

Dificultad para comunicarse

Malas relaciones con la pareja.

Padre o madre menor de 20 años cuando nace el primer hijo

Neuróticos o con desórdenes de personalidad, personalidad limítrofe, retardo mental.

Antecedentes de delincuencia

Padres adoptivos.

Abuso de alcohol/drogas

Madre ausente o enferma.

Padres/madres dominados o abusados por su cónyuge.

Madres solas o aisladas.” (61)

El MEP en su Manual de Procedimientos para la Detección y Denuncia desde el Centro Educativo anota los siguientes “factores de riesgo familiar:

- Prácticas de diversas formas de violencia, principalmente contra la mujer y en las cuales se utiliza el abuso de poder para controlar la relación.
- Aislamiento o tendencia a vivir aislados.

- Abuso del licor o drogas.
- Alguno de sus miembros tiene acceso a armas de fuego.
- Alto grado de adhesión a estereotipos de género.
- Estilos de comunicación disfuncionales.
- Relaciones autoritarias y rigidez de las jerarquías (adultocentrismo).
- Actitudes frecuentes de rechazo entre sus miembros.
- Antecedentes de abuso y dificultades para proteger a la persona afectada.
- Poca o ninguna información sobre derechos.
- Poca o ninguna información sobre recursos de apoyo.
- Creencias estereotipadas y rígidas en torno a la obediencia y el respeto.
- Creencias estereotipadas y rígidas en torno a la disciplina y el valor del castigo.
- Actitudes de rechazo o sobreprotección hacia miembros con alguna discapacidad”. (47)

### ***3-Factores individuales en el niño (a)***

“El riesgo al abuso también puede aumentar simplemente por las características de cada etapa de desarrollo del niño o la niña y la inhabilidad de padres y madres para enfrentarlas.

A pesar de que muchos pueden enfrentar adecuadamente la mayoría de estas etapas, otros presentan dificultad con alguna etapa en particular, producto de la desinformación o de circunstancias como su propia inmadurez o vivencia negativas de su niñez.

Ciertas características físicas o de comportamiento en las/os niñas y niños pueden aumentar su riesgo a la victimización. La incompatibilidad de temperamentos puede causar una dificultad en el entendimiento y comprensión, incrementando la frustración y la posibilidad de abuso.

Algunos factores que hacen a niños y niñas más vulnerables al abuso son:



Prematuros (as)

Menores de 5 años

Víctimas de abuso anterior

Que sufren separación temprana y prolongada de su madre

Que presentan dificultad para alimentarlos (as)

Niños (as) adoptados (as)

En hogares sustitutos

Institucionalizados (as)

De y en la calle

Con necesidades especiales

Con problemas de salud

Desinformados (as)

Inseguros (as), deprimidos (as) emocionalmente o con baja autoestima". (61)

#### ***4-Factores sociales***

Además de las características culturales ya mencionadas, en una sociedad existen fallas en el sistema que contribuyen a hacer vulnerables a las personas menores de edad ante el abuso:

Carencia de sistemas sociales de apoyo a mujeres jefas de familia.

Sistemas sociales erosionados.

Sistemas educativos reproductores de papeles y valores desviados.

Permisividad social ante comportamiento desviados producto de estados de intoxicación.

Comunidades que conviven sin sentido alguno de pertenencia.

Sanciones penales débiles.

Tolerancia generalizada a la violencia.

Uso y abuso de niños (as) en publicidad.

Tolerancia a la pornografía infantil, juvenil y adulta.

Condiciones inapropiadas de alojamiento.

Falta generalizada de información sobre el tema.

Falta de espacio para recreación y uso del tiempo libre para adolescentes.

Carencia de redes de apoyo comunales.

Falta de acceso oportuno a espacios de orientación y asesoría para niños (as) y adolescentes” (29).

Por último, es importante acotar que nuestro país no escapa al flagelo de la violencia infantil y así, éste ha asumido una serie de responsabilidades ético-legales que persiguen el resguardo e integridad de toda persona menor de edad, la cual requiere de la intervención del Estado para la protección de sus derechos y el desarrollo de sus potencialidades. Cabe agregar en este sentido: “la responsabilidad social de mejorar la calidad de vida de las personas menores de edad, tiene que ser compartida por todos los sectores de nuestra sociedad, pues existe un compromiso nacional e internacional de institucionalizar el enfoque de derechos de la niñez y la adolescencia, para lo cual se han promulgado diversos instrumentos legales” (47). De esta forma, el sector salud está llamado a brindar atención a una población, cuya vulnerabilidad les hace estar expuestos a situaciones de violencia que atentan contra su bienestar e integridad humana.

En el siguiente apartado se desarrollan una serie de ideas dirigidas a elaborar un conocimiento que nos permita conocer cómo se traduce la atención que brinda el personal de salud a la problemática del abuso o maltrato infantil.

#### **4 PERSONAL DE SALUD Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INFANTIL**

#### **2.4.1 La salud desde una perspectiva integral**

El concepto de salud que interesa para los fines de este estudio es el que define la Organización Mundial de la Salud en los siguientes términos: “Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad” (48). En dicha definición interesa destacar el carácter **biopsicosocial** de la salud y así, se considera que “introducir el concepto de “bienestar” hizo salir a las intervenciones en salud del binomio salud-enfermedad de lo puramente biológica y abrió el camino a una relación hombre ambiente distinta de aquella que sólo veía microbios, gérmenes y virus como la única amenaza para la salud”. (46)

El enfoque biopsicosocial aborda al individuo en su totalidad. “Esto permite comprender a la persona con un problema de salud, con el objetivo de buscar soluciones más completas. De esta forma, el abordaje de una persona se inicia desde la clarificación del motivo de consulta; comprendiendo su relación con los estados biológicos (cardiopatía, asma, gastritis), estados psicológicos agregados (depresión, ira, baja autoestima, stress, entre otros) y la condición social en que se desarrolla (situación laboral, familiar, apoyo comunitario, desarrollo y aceptación social y condiciones ambientales, entre otros). Este enfoque además, implica que en el manejo de las personas con problemas de salud, el médico debe visualizar la posibilidad del paciente para cumplir con las recomendaciones farmacológicas y diagnósticas e incorporar los elementos psicosociales que están involucrados en el cuidado del paciente”. (9)

En el caso de niños y niñas víctimas de abuso se debe entender por atención integral lo siguiente: “atención que contiene un abordaje psicológico, social, biológico, jurídico y espiritual, al niño, niña o adolescente y familia, con la participación de las instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que incluya acciones de

promoción, prevención, atención, protección y rehabilitación en todos los niveles de atención”. (51)

En este mismo orden de ideas se puede agregar que para el autor Pedro Luis Castellanos (14) la salud se ve permeada por las condiciones de vida en que se ven inmersos los seres humanos. En este estudio se coincide con dicho autor al considerar que las condiciones de vida involucran “un conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular, de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir, en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios y además, en las relaciones de poder, que caracterizan la organización política”. (15) Para Castellanos las condiciones de vida de un grupo poblacional incorporan procesos correspondientes a cuatro grandes dimensiones:

**“Conciencia y de conducta:** (nivel educativo, sus formas y grado de organización, sus hábitos, valores y normas).

**Biológicos:** (concepción, gestación, nacimiento, crecimiento desarrollo de los niños, características genéticas e inmunológicas, aspectos metabólicos, tamaño de las familias, estructura demográfica).

**Ecológicas:** (características ecológicas de: vivienda, de su barrio, de su ámbito geográfico, la calidad y cantidad de agua, la forma de disponer las excretas y residuos, el grado de aglomeración urbana, la conformación de su espacio vital).

**Económicos:** (características de los puestos de trabajo, desempleo y empleo).

Desde este punto de vista, la salud es un proceso en el que confluyen diversidad de factores y así, las condiciones de vida son un elemento central que puede incidir favorable o desfavorablemente en la salud de todo sujeto” (15). O sea, desde esta forma de concebir la salud, se busca “*abordar las necesidades y problemas de salud, en los individuos, familias*

*o comunidades, en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Por lo tanto, posee características propias del sexo, de la etnia y género; su propia historia de vida; una particular condición social y económica que caracteriza su entorno, sus condiciones de vida y desde ahí, sus particularidades necesidades de salud” (8).*

En el caso concreto de niños y niñas agredidas se considera que sus condiciones de vida son un factor decisivo en la salud de estas personas, quienes en razón de su vulnerabilidad requieren del apoyo familiar, comunal e institucional para garantizar que el desarrollo y fortalecimiento de sus capacidades alcance su cometido o sea, el llegar a constituirse en personas adultas productivas y felices.

Finalmente, se considera que todo el conjunto de los aspectos antes expuestos, deben estar presentes en el abordaje que cotidianamente realiza el personal de salud al brindar atención al niño o niña víctima de abuso, para así garantizar una atención en salud que se precie de contemplar múltiples factores que inciden positiva y negativamente en la salud y se afiance en el respeto de los derechos de estas personas menores de edad.

#### **2.4.2 Atención a la violencia infantil: Algunos apuntes para su comprensión.**

Según Teresita Ramellini el personal de salud tendrá a su cargo “la atención de las personas víctimas de violencia. Dependiendo de la complejidad de los servicios de la unidad y del nivel de intervención (primero, segundo o tercero) en el que se encuentren, la atención implicará acciones de detección, registro, intervención en crisis (Contención y orientación), intervención específica, referencia y seguimiento” (50). De igual forma, las Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar (42) plantean que según sea el nivel de intervención se deberán realizar una serie de actividades orientadas a garantizar una atención integral a las personas afectadas por la violencia. En el caso que nos interesa es decir, el segundo nivel de intervención (correspondientes a hospitales regionales) se espera que el personal de salud que se desenvuelve en él desarrolle los siguientes ejes y actividades de intervención:

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION:

##### **-Promoción**

Actividades: Asesoría al primer nivel de atención.

##### **-Prevención**

Actividades: Sensibilización de los usuarios sobre el problema de la Violencia

intrafamiliar (VIF)

Creación de espacios de reflexión y autocuidado del personal de salud encargado de la atención.

##### **-Detección y registro**

Actividades : Detección de situaciones de VIF

Coordinación y referencia

### Atención a las personas afectadas

Actividades: Contención y orientación de las personas afectadas por la VIF.

Atención específica

Seguimiento

En este mismo orden de ideas la autora Cecilia Claramunt plantea que en el abordaje de situaciones de violencia infantil se deberán contemplar “cuatro ejes de trabajo principales a saber:

☞ **Detección y registro**, que contempla además de la detección temprana; el registro detallado de todas las evidencias sociales, médicas y psicológicas; la articulación con el sistema de justicia penal para la denuncia y el debido acompañamiento; evaluar los riesgos y asegurar la atención inmediata.

☞ **Intervención de primer orden**, se refiere a la articulación de servicios básicos que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos, como intervención de emergencia.

☞ **Intervención de segundo orden**, se articulan los recursos que garanticen el cumplimiento de todos los derechos que garanticen la recuperación integral de la persona.

☞ **Seguimiento**, incluye el monitoreo de las funciones de los prestadores de servicios y del cumplimiento de los derechos humanos”. (16)

Se espera que a través del desarrollo de una plataforma de servicios que cumpla con los requerimientos anteriores, se pueda ofrecer una *respuesta integral* a la atención de las víctimas.

En este sentido es importante acotar que toda intervención en salud que se realice debe de contener además de su integralidad otros aspectos como:

*“Tener paciencia, voluntad y amor...pero la falta de estos tres elementos originará malestar y estaremos faltando a la definición universal de salud, pues sin paciencia no*

*podremos abordar todos los problemas del paciente, sin voluntad haremos registros confusos o incompletos y sin amor nos olvidaremos del cuidado y esmero que se merecen.*

(55)

#### **2.4.2 1. Aspectos básicos de intervención:**

Según Claramunt (17) la atención de personas menores de edad, debe establecerse desde un modelo de intervención con enfoque de derechos, que procure la protección integral de los derechos de dichos sujetos. Dicho modelo deberá cumplir con cuatro requisitos básicos: **temprana, oportuna, eficiente y eficaz**. Debe además, procurarse la adecuada coordinación de los diferentes sectores e instituciones con lo cual se logre articular una plataforma de servicios para ofrecer respuestas efectivas a las necesidades de las personas menores de edad y sus familias. De esta forma, se estimula el cumplimiento de lo establecido por el Código de la Niñez y Adolescencia para cada institución, maximizando los recursos, esfuerzos y alcances.

Este modelo debe ir enfocado a defender los derechos de niñas, niños y adolescentes para evitar situaciones que los violenten, por lo tanto, no se trata de un recurso lineal, sino más bien cíclico.

*“Ello significa, por ejemplo, que una misma persona puede requerir de las mismas respuestas del eje de la intervención de primer orden (...) en diferentes momentos de su vida, o bien, la oferta de servicios del segundo orden deberá estar disponible en todo momento de acuerdo con sus necesidades particulares”.* (17)

Toda intervención en violencia incluye “**tres aspectos básicos**:

- Realización de una evaluación integral de la situación
- Identificación de todos los problemas pertinentes a la situación de violencia



• Planificación de un programa de intervención que pueda acomodarse a las necesidades cambiantes de la persona víctima”. (50)

#### **2.4.2.2 Metas básicas de intervención:**

“Las **metas básicas de la intervención en situaciones de violencia**, para todos los niveles de atención son:

**2.4.2.2.1 Protección de la persona víctima:** En casos de violencia contra niños y niñas o adolescentes:-Detener la violencia

- Alianza con la madre o persona adulta encargada
- Separación entre la niña (o) o adolescentes y el ofensor
- Utilización de los recursos legales de protección

**2.4.2.2.2 Reforzar la capacidad personal para tomar decisiones y resolver problemas:**

La intervención debe dirigirse al empoderamiento y la recuperación del control sobre la propia vida. El fortalecimiento de la capacidad para la toma de decisiones implica que la prestataria (o) de servicios de salud trabaje para que la persona víctima pueda tomar conciencia de sus derechos, de las alternativas existentes, pueda desarrollar la capacidad de cuidarse, conocer acerca de la violencia y sus efectos, aumentar las redes de apoyo, entre otras.

**2.4.2.2.3 Sanar los efectos de la violencia:** Mientras exista violencia o amenaza de ella, no es posible manejarse con eficacia, por tanto es importante:

- Reducir los indicadores y secuelas asociados a la experiencia de violencia
- Facilitar el proceso de duelo asociado con las múltiples pérdidas relacionadas a la experiencia
- Reducir el miedo, la vergüenza y la culpa
- Reconstruir una vida sin violencia

**2.4.2.2.4 Prevención de nuevas situaciones de violencia:** los efectos de la violencia no son unidimensionales ni simples, por lo que el proceso de intervención debe incluir la recuperación de los aspectos emocionales, cognoscitivos, conductuales, físicos y espirituales”. (50)

#### **2.4.2.3. Condiciones básicas de la atención del abuso infantil**

Para Milena Grillo la atención que requiere todo niño o niña víctima de abuso infantil debe *“ser accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad, que garantice la integridad de las personas afectadas y el cumplimiento de sus derechos al mayor nivel posible. Contemplar los diferentes tipos de abuso, psicológico o emocional, físico, sexual, por negligencia, intrafamiliar. Estar dirigido a romper el ciclo del abuso. Prever espacios para la retroalimentación y contención individual y grupal para las personas responsables de la atención. Contar con mecanismos sistemáticos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas por la violencia intrafamiliar que permitan valorar el cumplimiento e impacto de las acciones. Todo esto dentro de un sistema de vigilancia permanente, tanto a nivel local, regional como nacional”*. (30) En este sentido es importante acotar, lo que señalan las Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar (42) en el sentido de que la atención a la violencia debe “fundamentarse en:

**-Una visión género-sensitiva:** que facilite la identificación de los factores que contribuyen, en función de las representaciones sociales de lo masculino y lo femenino, a los tratos desiguales y a las discriminaciones que se dan a nivel de la sociedad, la comunidad, la familia y buscar un ejercicio de los derechos humanos y las responsabilidades.

**-El enfoque de riesgo:** que permita identificar tanto los factores no protectores como los factores protectores ante la violencia. En ello, la detección del nivel de riesgo facilita la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades y prioridades de las personas o grupos afectados por el abuso. Este enfoque ha permitido evidenciar que los grupos más vulnerables son: niños (as), mujeres, personas mayores y personas con necesidades especiales o discapacitados.

**-El abordaje interdisciplinario:** para ofrecer una atención integral que incorpore los componentes sociales, biológicos, legales y psicológicos, se requiere de la intervención de los saberes de todas las disciplinas existentes en salud. Una única disciplina no podrá dar cuenta de un problema con un nivel de complejidad como el abuso a niños y niñas, de ahí la necesidad de un trabajo interdisciplinario. Al mismo tiempo, cada disciplina debe definir sus acciones de intervención específicas tomando en consideración esa complejidad.

**-La Intersectorialidad:** para enfrentar el problema del abuso se requiere de acciones concertadas entre la comunidad, la sociedad civil y el Estado. Es importante incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a las personas afectadas por el abuso para desarrollar, en los niveles locales y promover en la ciudadanía, el protagonismo en los procesos que promuevan el desarrollo y combatan los posibles obstáculos.

Sumado a ello, la autora Grillo indica:

**-“Enfoque Inter-Generacional:** la atención que los funcionarios y las funcionarias de salud brindan a las personas menores de edad afectadas por el abuso debe partir de que el problema se ha transmitido de generaciones anteriores y es importante quebrar este esquema institucionalizado y legitimado. Esto debido a que las iglesias, la familia, la educación, los sistemas legales y otros, favorecen la perpetuación de las conductas violentas, al proteger a

los (as) ofensores (as) en contra de los grupos más vulnerables, siendo que el abuso de poder es la constante en el ejercicio de la violencia contra las personas menores de edad, éste debe ser evidenciado como la motivación que induce a mantener el ciclo de la violencia; y las relaciones de poder deben cuestionarse desde lo generacional e introducir estilos de relaciones sin violencia”. (31)

#### **2.4.2.4 Roles del personal en la atención del abuso infantil:**

A continuación se indican los papeles o “*roles* que debe cumplir el personal de salud ante la presencia de un niño o niña abusado:

**-Ser testigos:** Cuando un niño (a) ha experimentado algún tipo de abuso nunca lo ha revelado a nadie, por tanto, el encargado de salud da soporte y asiste a la víctima a obtener ayuda.

**-Escuchar y validar:** para las víctimas de abuso es fundamental la ayuda que el personal de salud le brinde ante un tema tan sensible, por tanto, el solo escuchar el problema es en sí beneficioso. De esta forma, se necesita que la persona que atiende a la víctima muestre apoyo, empatía, sensibilidad y credibilidad.

**-Educar:** Cuando un niño (a) revela una historia pasada o experiencia reciente o actual de abuso, el encargado de salud puede contribuir educando al niño (a) y al padre-madre o encargado de cómo actuar ante la situación y hacerles entender que no están solos.

**-Documentar:** Es fundamental documentar la historia y las respuestas que dé la víctima sobre el abuso, recordar la confidencialidad.

**-Apoyar:** Es preciso que el personal de salud responda con calidez ante la revelación de un abuso, no emitir juicios, demostrar compasión y ser sensible. Esto significa que no va a estar allí para indicar lo que se tiene que hacer, sino para ayudar a pensar acerca de las opciones que se tiene y lo que se está dispuesto a hacer.

Si la persona menor de edad está en riesgo grave, se debe buscar las soluciones más asertivas para evitar una tragedia.

**-Trabajar en equipo:** El personal de salud debe colaborar con otros miembros del establecimiento de salud que tienen contacto con la víctima, y comunicarse información entre el personal que lo amerite, siempre y cuando se tenga la autorización del encargado del menor y comentándole a la víctima.

**-Remitir a especialista:** Es importante que en caso de que el personal que atiende a la víctima de abuso, se ve en la necesidad de hacer algún tipo de estudio físico o psicológico que no corresponde a su área de trabajo, lo debe referir al especialista que corresponda, brindando el seguimiento que corresponde.

**-Conocimiento de los servicios:** si el establecimiento ofrece otros servicios como asesoramiento psicológico, grupos de apoyo, asesoramiento jurídico o de asistencia- es preciso que el personal conozca su funcionamiento”. (59)

#### **2.4.2.5 Características deseables en el personal y establecimiento de salud**

El autor Stevens Lynne (59) considera que es de gran relevancia el papel que cumple el establecimiento de salud y el personal que atiende en primera instancia a las víctimas de abuso, para que éstas se sientan protegidas y asistidas. Por tanto, en su opinión es indispensable tomar en cuenta las “siguientes características de este personal:

##### ***2.4.2.5.1 Sensibilización del personal***

Es importante que el establecimiento proporcione seguridad a la víctima de abuso, ya que en su mayoría necesitan determinar si existen condiciones de seguridad para contar su experiencia. Una forma de velar porque esto suceda es involucrar a todo el personal en proyectos sobre abuso, sensibilizando y capacitándolos para interactuar con la víctimas. Es

importante que el personal se de cuenta de las circunstancias locales en las que está ocurriendo el problema y así sintiéndose competentes para hablar sobre abuso, la capacidad de trato a la víctima será mayor.

#### ***2.4.2.5.2 Carácter privado y seguridad***

Para poder interrogar a la víctimas de abuso es indispensable tener un espacio privado (a puertas cerradas), donde sea posible entablar conversación. Además para que la víctima se sienta totalmente segura, el establecimiento de salud debe garantizar que el agresor no puede estar presente.

#### ***2.4.2.5.3 Carácter confidencial***

Si las revelaciones de las víctimas de abuso se hicieran públicas, podría haber graves consecuencias para la salud y bienestar del menor, de allí la importancia de ser precavidos y tratar con suma delicadeza el tema.

Se debe ser sumamente claros con las políticas que se manejan en el establecimiento de salud con respecto a la confidencialidad que se debe guardar y hasta que punto tanto el personal de salud como las víctimas o encargados, padre o madre, deben tener un conocimiento claro al respecto.

La confidencialidad significa también que las respuestas a las preguntas que se hacen respecto al caso, no van a ser ventiladas en espacios públicos del centro de salud y tampoco el personal de salud debe hablar entre sí acerca de la información revelada, a menos que hable con algún especialista por alguna situación que afecte la salud física al menor, pero anteriormente se le debe comentar al padre, madre o encargado del niño (a), lo que se va proceder y el por qué de la decisión.

#### ***2.4.2.5.4 Conocimiento de la legislación***

El personal debe conocer la legislación del país respecto a la violencia. Esta información puede ser de gran utilidad, con respecto a la comprensión del problema y la difusión de la información a las víctimas de abuso.

#### ***2.4.2.5.5 Disponibilidad de materiales para la divulgación:***

Debe existir material básico al alcance de las personas en general para que se la lleven consigo al marcharse. Pasar videocintas que muestren los efectos del abuso, las soluciones y lo indispensable que es buscar ayuda, además tener carteles y material de lectura a disposición de quien lo necesite, esto facilita la educación en la población y la denuncia de las situaciones de abuso.

#### ***2.4.2.5.6 Las funciones del personal de salud***

La educación y las prácticas de la mayoría del personal de salud se basa en un modelo de salud cuya práctica es diagnosticar, curar, tratar, prevenir, prescribir o eliminar cualquier trastorno físico, mental o emocional de la persona.

Sin embargo, el personal de salud, también debe aprender que hay un modelo diferente que abarca la comprensión de los numerosos factores psicosociales que afectan la vida de una persona y su salud: cultura, género, familia, religión, pobreza, drogas, alcohol y educación. Si se utiliza este modelo y se le ofrece apoyo, comprensión, apertura y respeto, las víctimas obtendrán la ayuda que necesitan.

Dentro de la práctica de captar el abuso, el personal de salud, debe detectar y evaluar la violencia y ayudar a los sobrevivientes a obtener ayuda necesaria para superar los efectos”.

## **2.5 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP) DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCION A LA VIOLENCIA INFANTIL**

### **2.5.1 Consideraciones generales sobre CAP:**

Los conocimientos, actitudes y prácticas son un conjunto de factores a tomar en cuenta cuando se desea aproximar a la diversidad de formas en que las personas se insertan en una realidad concreta y viven así su cotidianidad. Así se puede decir en común acuerdo con lo que plantea Alvarez (1) que la conducta humana constituye una unidad indivisible conformada por los dominios cognoscitivo, afectivo y psicomotor que se pueden medir a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de un individuo en relación con una determinada situación y puede ser modificada mediante la adquisición de conocimientos, el desarrollo de actitudes nuevas y fundamentalmente a través de la práctica.

El conocimiento funciona como un instrumento de cambio solamente si el individuo está listo para llevarlo a cabo (5); de manera que los conocimientos representan un incremento en la conciencia que surge ante un estímulo producido por la interacción con los demás y con el medio, además de aquellos productos de la instrucción formal (52).

Diversos estudios indican que son múltiples los factores que intervienen para producir una conducta determinada, a saber: fisiológicos, psicológicos, económicos, tecnológicos y socioculturales (5); el acto que el personal de salud realiza cuando atiende a un niño víctima de abuso forma parte de una conducta humana, en la cual interactúan motivaciones, intereses, expectativas y percepciones, todas ellas se entrelazan y configuran el acto de prestar un servicio de salud a este tipo pacientes.

El autor Allport citado por Dawis-Robin refiere que la actitud “consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y



situaciones con los que se relaciona” (22). Sin embargo, a pesar de que esta definición es bastante completa, otros autores integran el aspecto socio psicológico; es decir, su dependencia del grupo (o colectividad) y en consecuencia, de las normas y valores, los cuales son expresión de la estructura socioeconómica del régimen social y expresados, así mismo por el grupo; de esta manera, podemos asumir que la actitud constituye también una forma de orientación del proceder de las personas, dependiente de la norma grupal y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido, pudiéndose distinguir en toda actitud su objeto, dirección e intensidad. (13).

El autor Hernández indica que “una actitud puede definirse como una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto de un objeto o símbolo”. (33) También, se puede conceptual dicho término como “la predisposición a responder abiertamente ante una situación en términos de aceptación o rechazo” (2) y “la práctica es el ejercicio de la facultad” (5).

En esta misma línea, Martín-Baro (39) desarrolla más ampliamente la definición del concepto de actitud, concluyendo que: “las actitudes son predisposiciones a actuar positiva o negativamente frente a los objetos. La actitud constituye un estado hipotético con el que se pretende explicar cierta consistencia en el comportamiento de las personas y cuyo carácter principal sería la evaluación o afecto hacia un determinado objeto”. Interesa destacar en ese sentido lo expuesto por los autores Arroyo y Salmerón quienes indican que “las actitudes se pueden medir a través de escalas; una de las más utilizadas es la de *Likert*, la cual evalúa la intensidad de la actitud, a través de una serie de respuestas dadas ante una oración claramente favorable o desfavorable”. (3)

Por su parte, Shijiriev describe “*tres componentes estructurales* de la actitud:

1. ***Componente cognitivo***: Es el componente informativo de las actitudes. Son las ideas o información que se tiene acerca del objeto de actitud, lo que se conoce del objeto de actitud, es el aspecto perceptivo.
2. ***Componente afectivo***: Se refiere a los sentimientos y emociones que el objeto de actitud despierta en nosotros, lo que se siente acerca del objeto de actitud.
3. ***Componente conductual***: Indica el comportamiento del individuo respecto al objeto de actitud. Es el sistema de acciones exteriormente observable, mediante el que se expresa la actitud por lo cual se posibilita evaluar su existencia. Este componente se puede conocer mediante el análisis de la conducta, la actividad y expresiones verbales indicativas de conducta” (57)

En el presente estudio se analizaron dichos componentes, en especial porque las ***actitudes, conocimientos y prácticas del personal de salud***, son aspectos que todo administrador o administradora de un servicio de salud debe de considerar, dado que las personas que brindan sus servicios a otros, son seres humanos sobre los cuales recae significativamente el alcance de los objetivos organizacionales, que en el caso de esta investigación se sitúan en fortalecer la prestación del servicio de salud a la niñez agredida y a su vez, contribuir a la disminución de estancias hospitalarias que en alguna medida genera la atención de esta población usuaria en el ámbito de estudio.

En el siguiente apartado se abordaran algunas actitudes que se logran identificar en el personal de salud que cotidianamente establece relaciones de interacción entre sí y los niños y niñas agredidas que son hospitalizados.

## **2.5.2 Barreras psicológicas en los servidores de salud frente a la violencia**

El autor Stevens refiere que existen “ciertas actitudes en los que prestan los servicios de salud, que suelen impedir que aborden el tema de la violencia por tanto, entorpecen la asistencia a las víctimas. La sensibilización y la capacitación desempeñan un papel importante en cuanto a adquirir las actitudes necesarias para superar esas barreras y colocarse en situación confortable para poder abordar dicha violencia. Así, dicho autor indica:

### ***2.5.2.1 Denegación psicológica***

Es una respuesta común frente a la violencia se trata de un tema inquietante que puede despertar en los servidores de salud sentimientos de impotencia. Una manera en que las personas reaccionan al experimentar esas emociones es distanciarse, actuando como si los hechos no hubieran ocurrido. La denegación psicológica por parte del encargado de prestar servicios puede causar que un sobreviviente piense que es la única persona a la que tal cosa le ha ocurrido, o que todo ha sido fruto de su propia imaginación.

Si los trabajadores en salud no han sido capacitados, a menudo no conocen ninguna otra manera de hacer frente a sus emociones; pero al recibir capacitación pueden comprender mejor la dinámica de la violencia y sus papeles apropiados cuando se encuentran frente a las víctimas.

Si los prestadores de servicios han sido víctimas de violencia y no han sido abordados, puede serles más difícil tratar la problemática.

### ***2.5.2.2 Racionalización***

La racionalización ocurre debido a que el personal aún no sabe cómo actuar cuando se encuentra frente a las víctimas. Es frecuente que los que brindan servicios de salud no sepan cómo responder cuando oyen historias traumáticas acerca de la violencia o que encuentren razones para no abordar la violencia en sus propias vidas, declarando que no se trata de algo que tengan que tomar en cuenta al ejercer sus funciones. Más es importante tomarse el tiempo para formular preguntas a las víctimas de violencia, ya que puede que esto les salve la vida.

### ***2.5.2.3 Minimización***

Esta sirve para tomar lo que a los ojos de las personas parece un problema abrumador y traducirlo en algo de menor magnitud. Se hace caso omiso de la gravedad de la violencia de género y lo propio ocurre con la importante relación entre el pasado de la víctima y los síntomas físicos y psicológicos. Las víctimas, al estar frente a quien minimiza su dolor y sus problemas pueden sentirse enojadas y confundidas debido a que tal vez estén padeciendo varios síntomas a raíz de la violencia y nadie las está ayudando.

### ***2.5.2.4 Identificación***

Se produce cuando una persona siente conexión con otra persona a raíz de algo que tienen en común, como el mismo grupo étnico, la misma pertenencia de clase social, el mismo género, el mismo orden de hijos o alguna otra característica. La identificación puede motivar que las personas sientan un vínculo inmediato. Pero en algunas circunstancias, la identificación puede ser incómoda con la persona del servicio de salud que la está atendiendo, ya que puede resultarle amenazadora o intimidante la experiencia de la víctima y esto puede ocasionar un distanciamiento con respecto al trato que se le dé a la víctima.

Causa miedo percatarse que todas las personas no solo los niños y niñas, sean vulnerables y estén expuestas a la violencia y al tomar conciencia de esta situación, la persona que atiende a la víctima se distancia y este tipo de respuesta por parte del que presta el servicio de salud, causa un sentimiento de aislamiento y culpabilidad en la víctima.

Por otro lado, hay que percatarse muy bien del tipo de atención que se le da a la víctima, ya que el prestador de salud puede identificarse con el agresor y no con la víctima y esta falla en la empatía hace que nuevamente la persona abusada se sienta objeto de violencia.

#### ***2.5.2.5 Intelectualización***

Es una defensa utilizada cuando el personal de salud se siente incómodo debido a que la situación parecería estar fuera de su control. El encargado de prestar servicio, capacitado dentro del modelo “sane” o cure a los demás, adopta un papel de “experto”, diagnostica lo que sucede y dice que es lo que se debe hacer en la situación expuesta. Este tipo de comportamiento deja un escaso margen para escuchar lo que dice la víctima con respecto a su experiencia y a lo que puede y no puede hacer en el momento en relación con la violencia, lo cual en realidad puede llegar a ser contraproducente y así, se podría exponer la integridad de la persona víctima”. (59)

Por otra parte, a continuación se expone el trabajo metodológico llevado a cabo para dar alcance a los objetivos del presente estudio.

## **CAPITULO III:**

### **DISEÑO METOLOGICO**

## MARCO METODOLOGICO

### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado fue de tipo descriptivo-exploratorio y así en esta investigación interesó como bien lo señala Canales y otros “determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno...” (11) Asimismo, este tipo de estudio permitió a la investigadora acercarse a una realidad y explorarla, dado el poco conocimiento existente sobre el objeto de estudio. En este sentido se retoma la utilidad que le confiere Rodrigo Barrantes a los estudios exploratorios en el sentido de que para este autor, éstos “sirven como antecedente o preparación a otras investigaciones. Su objetivo es examinar un tema poco estudiado...”. (4)

De esta manera, este estudio buscó explorar, describir y analizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas que el personal de salud de los servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares del Hospital Dr. Escalante Pradilla posee y sus repercusiones en la atención que se brinda a la niñez agredida. Dentro de esa atención en salud a la niñez agredida, interesó en particular observar cuáles factores del ámbito hospitalario contribuyen a la prolongación de las estancias hospitalarias de este tipo de usuarios y usuarias.

Un estudio descriptivo mide conceptos denominados variables, las cuales pueden adquirir diversos valores dando cuenta de las características del fenómeno en estudio. En este caso el fenómeno de estudio (Atención al Niño Agredido), se fraccionó en diferentes variables que permitieron aprehender el fenómeno por medio de una serie de ítems agrupados en la escala de actitud de aplicación individual. Así, se logró identificar cómo se manifiesta el

fenómeno en su totalidad, a través del comportamiento de cada variable, sin pretender establecer ningún tipo de relación entre las mismas, pero sí procurando la mayor precisión en la descripción de cada una de ellas.

Finalmente esta investigación tiene como otras características su carácter *retrospectivo y transversal*. De esta forma, la investigadora indagó sobre el comportamiento del fenómeno en estudio sobre hechos ocurridos en el pasado y las variables de interés fueron estudiadas simultáneamente durante el periodo de estudio, haciendo un corte en el tiempo que en este caso fue el lapso 2002-2006.

### **3.2. EL ÁREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Escalante Pradilla, específicamente en los Servicios de hospitalización conocidos como: Neonatos, Escolares y Lactantes. Dicho centro médico se ubica en la Provincia de San José, Cantón de Pérez Zeledón, Distrito: San Isidro del General.

### **3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS/OBJETOS DE ESTUDIO**

Para alcanzar los fines de este estudio se procedió:

a. Inicios de julio del año 2007 se realizó una revisión y análisis de un total de 95 expedientes de niños y niñas entre 0 a 12 años, víctimas de abuso (físico, psicológico, sexual y descuido) y que presentaban una estancia prolongada o sea, que superaba la estancia promedio que indican los Compromisos de Gestión para el Área de Pediatría la cual es de 4. Lo anterior, comprendido en el lapso: 2002-2006. Cabe señalar como dato llamativo, que en el periodo de estudio existen un total de 117 expedientes de niños y niñas que fueron ingresados por presentar en un primer, segundo o tercer diagnóstico el criterio de



sospecha de ser víctima de algún tipo de abuso y de éste total se encuentran 95 expedientes que presentan *una estancia hospitalaria prolongada* es decir, en su mayoría fueron pacientes que le generaron al Hospital Dr. Escalante Pradilla gastos por concepto de hospitalización prolongada.

b. A principios de setiembre del año 2007 se procedió a elaborar una lista del personal de salud que presta atención en salud a los niños y niñas víctimas de abuso. Así, se obtuvo un total de 35 miembros. La última semana de ese mes, se procedió a contactar personalmente a dicho personal. Hubo algunos miembros que debieron contactarse mediante teléfono (personal de salud que se encontraba laborando en el turno de 10 pm-2pm). El personal de salud contactado se distribuye de la siguiente forma:

- 2 Médico General (1 médico del servicio de hospitalización y otro de la Clínica del Adolescente).
  - 7 Pediatras
  - 7 Enfermero (as)
  - 15 Auxiliar de enfermería
  - 4 Otras profesiones (1 psiquiatra, 2 psicólogas, 1 trabajadora social)
- 35

En su mayoría el personal de salud a quienes se les solicitó su colaboración para llenar el instrumento, aceptó llenar este instrumento en forma libre y voluntaria. A cada uno se le entregó el cuestionario en un sobre cerrado y se le dio oportunidad de devolverlo una semana después a la secretaria del servicio de Jefatura de Pediatría. Tal proceder se consideró necesario para proteger el carácter anónimo del instrumento. Es importante acotar, que hubo miembros del personal de salud que no fue posible ubicar en esa semana dado que se encontraban de vacaciones. A estos se les localizó una semana después y se les solicitó su colaboración brindándoles el lapso de una semana para llenar el instrumento.

De esta forma, este instrumento se aplicó a un universo de 35 funcionarios y funcionarias que prestan atención directa al niño o niña víctima de abuso; no obstante sólo 30 miembros devolvieron a la sustentante el cuestionario.

Para estimular la participación de este personal se procedió a motivar a cada uno indicando que con este estudio se pretende contribuir a un bagaje de conocimientos que redunde en el fortalecimiento de la prestación del servicio de salud que se brinda al niño y niña agredida.

### **Unidades de análisis**

- El personal de salud que presta atención directa en salud a los niños y niñas agredidos en los Servicios de Neonatos, Escolares y Lactantes.
- Expedientes de niños y niñas entre cero y 12 años, víctimas de abuso y que presentan estancias de hospitalización prolongadas.

## **3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA**

### **Fuentes Primarias**

- 1- Cuestionario autoaplicado a personal de salud de los servicios de Neonatos, Escolares y Lactantes

### **Fuentes Secundarias**

1. Cuadros estadísticos: “Estancias Prolongadas síndrome Niño Agredido”. Elaborados con información suministrada por Servicio Estadística del Hosp. Dr. Escalante Pradilla (2002-2006).
2. Expedientes de salud
3. Revistas, tesis, libros, antologías, información obtenida de internet.

### 3.5 IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES

A partir del problema propuesto se procedió a la identificación y descripción de las variables. De esta forma, la relación de las variables objeto de estudio son: **los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud** y sus efectos en la **atención de la salud** que se brinda al niño o niña víctima de abuso. Entonces, las variables independientes serían los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. La dependiente es: la atención de salud del niño y niña víctima de abuso.

#### *Conceptualización de variables*

##### **Conocimientos sobre la atención del abuso infantil:**

En cuanto a conocimiento se puede decir que éste es: “*Conjunto de conceptos, definiciones, nociones, ideas, teorías que se reconocen, apropian, aprehenden e interiorizan*” (56). Para efectos de este estudio se entiende que el conocimiento que tiene el personal de salud sobre la atención del abuso infantil es aquel conjunto de saberes sobre la atención a esta problemática y su respectiva interiorización.

##### **Actitudes del personal de salud hacia atención del abuso infantil:**

El autor Allport citado por Dawis-Robin refiere que la actitud “consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. (22) En este estudio se concibe entonces esta variable como la disposición de ánimo que posee el personal de salud a brindar atención a niños y niñas víctimas de abuso.

✎ **Prácticas del personal de salud en la atención del niño víctima de abuso:** Acciones concretas que ejecuta el personal de salud con el fin de brindar atención al niño o niña víctima de abuso. Según Bourges la práctica “es el ejercicio de la facultad” (5). En esta investigación este término se traduce como las acciones concretas que ejecuta el personal de salud con el fin de brindar atención al niño y niña víctima de abuso.

✎ **Atención de salud:**

La atención de la salud “comprende acciones que se ejecutan en los hospitales, en los centros de salud, en las clínicas periféricas y en los centros de educación y nutrición, en una escuela, mediante la construcción de un acueducto, de una carretera etc. La atención de la salud se brinda a través de todos los medios que sean necesarios para producir en los individuos y la colectividad, un adecuado estado de salud y se expresa a través de las acciones de la salud pública”. (64)

✎ **Estancia Hospitalaria Prolongada:** Se refiere al período de hospitalización que comprende desde el ingreso y egreso de todo usuario y usuaria a algún servicio de hospitalización del Hosp. Dr. Escalante Pradilla. Dicho período se considera prolongado cuando supera la estancia promedio que según los Compromisos de Gestión se ha fijado para cada servicio. En el caso de este estudio, esta variable tiene que ver con el periodo de tiempo que comprende desde el ingreso y egreso del niño víctima de abuso al Servicio de Neonatos, Escolares y Pediatría. Si dicho periodo supera la estancia promedio, que en el caso de estos servicios es de 4, entonces se puede considerar como periodo de hospitalización prolongado.

### **3.6 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

¿Cómo influye en la atención del niño/a víctima de abuso, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares del Hosp. Dr. Escalante Pradilla, durante el periodo 2002-2006?

#### **Objetivo General**

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud que brinda atención a los niños/as víctimas de abuso en los servicios de Neonatos, Lactantes-Ecolares del Hospital Dr. Escalante Pradilla y sus repercusiones en la atención que les brindan a estos usuarios, con el fin de definir medidas correctivas que coadyuven a que se fortalezca la prestación del servicio brindado y se disminuyan las estancias de hospitalización.

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual de la dimensión	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	Fuentes de información
<p>1. Identificar los principales conocimientos que posee el personal de salud en relación con aspectos legales y normativos, factores de riesgo y consecuencias en la salud ligados al abuso infantil (sexual, físico, negligencia y psicológico).</p>	<p>Conocimientos que el personal de salud posee sobre el abuso infantil</p>	<p>Conjunto de saberes que facilitan al personal de salud el brindar atención al niño víctima de abuso.</p>	<p>Conocimientos generales sobre el abuso infantil.</p> <p>Conocimientos sobre detección del abuso.</p> <p>Conocimientos sobre registros</p> <p>Conocimiento sobre procedimientos a seguir para asegurar etiología de la lesión</p>	<p>Concepto de abuso infantil</p> <p>Tipos de abuso</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Indicadores de detección: físicos, comportamiento, dinámica familiar</p> <p>Llenado de boleta notificación obligatoria</p> <p>Criterios a considerar para sistematizar intervención</p> <p>Exploración física,</p> <p>Observación del tipo de lesión, marcas externas</p> <p>Observación del comportamiento del niño ante el personal de salud.</p>	<p>Cuestionario autoaplicado</p>	<p>Personal de salud de los Servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares</p>

Objetivos Específicos	Variables	Definición conceptual de la dimensión	Dimensión	Definición operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
2. Determinar las principales actitudes que posee el personal de salud en relación con la atención del abuso infantil (sexual, físico, negligencia y psicológico)	Actitudes del personal de salud hacia la atención del abuso infantil	La disposición del estado de ánimo del personal de salud al brindar atención al niño víctima de abuso.	Conocimiento sobre servicios de apoyo y/o referencia	<p>Anamnesis del niño</p> <p>Saber establecer dx diferencial.</p> <p>Normativa a seguir</p> <p>Responsabilidades legales del funcionario público</p> <p>Servicios de psicología</p> <p>Servicios de Trabajo Social</p> <p>Servicio de psiquiatría</p> <p>Equipo interdisciplinario</p> <p>Buscar proteger</p> <p>Tiene empatía</p> <p>Muestra respeto</p> <p>Adopta interés por paciente</p> <p>No muestra rechazo</p> <p>Valida sentimientos</p>	Cuestionario autoaplicado	Personal de salud de los Servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares
						<b>Fuentes de</b>

Objetivos Específicos	Variables	Definición conceptual de la dimensión	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	información
			Disposición desfavorable hacia la atención del niño víctima de abuso	<p>Desculpabiliza</p> <p>Escucha activa</p> <p>No adopta actitud fatalista</p> <p>No proteger</p> <p>No tiene una actitud de empatía</p> <p>Muestra irrespeto</p> <p>Muestra desinterés</p> <p>Muestra rechazo</p> <p>No valida sentimientos</p> <p>Culpabiliza</p> <p>No adopta actitud de escucha activa</p> <p>Adopta una actitud fatalista</p>	Cuestionario autoaplicado	Personal de salud de los Servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares





Objetivos específicos	Variables	Definición Conceptual de la dimensión	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	Fuentes de información
			Acciones de registro	<p>Remite con prontitud solicitud de interconsulta</p> <p>Guarda confidencialidad</p> <p>Se orienta por protocolo respectivo</p> <p>Realiza denuncia respectiva</p> <p>Colabora con manejo de caso a nivel interdisciplinario</p> <p>Registra su respectiva intervención</p> <p>Realiza llenado de boleta de vigilancia epidemiológica y notificación de violencia</p>		
			Acciones de seguimiento	<p>Realiza plan de seguimiento respectivo</p>		

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Definición conceptual de la dimensión</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Definición instrumental</b>	<b>Fuentes de información</b>
<p>4. Determinar las principales repercusiones que tienen en la atención del niño víctima de abuso, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, con el fin de definir medidas correctivas que coadyuven a que se fortalezca la prestación del servicio brindado y se disminuyan las estancias de hospitalización.</p>	<p>Repercusiones de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la atención del abuso infantil</p>	<p>Los efectos positivos y negativos que se originan cuando el personal de salud a través de sus conocimientos, actitudes y prácticas brinda atención al niño víctima de abuso</p>	<p>Efectos positivos del quehacer del personal de salud al brindar atención al niño víctima de abuso.</p> <p>Efectos negativos del quehacer del personal de salud al brindar atención al niño víctima de abuso.</p>	<p>Se detecta niño víctima de abuso</p> <p>Se protege integridad del niño</p> <p>Se favorece la no revictimización</p> <p>Estancia hospitalaria no se prolonga.</p> <p>No se detecta niño víctima de abuso</p> <p>Se desprotege la integridad del niño</p> <p>Se favorece la revictimización</p> <p>Estancia hospitalaria se prolonga</p>	<p>Cuestionario autoaplicado</p> <p>Guía de revisión de expediente</p> <p>Cuestionario Autoaplicado</p> <p>Guía de revisión de expediente</p>	<p>Personal de salud de los Servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares</p> <p>Expediente de salud</p> <p>Personal de salud de los Servicios de Neonatos, Lactantes y Escolares</p> <p>Expediente de salud</p>

### 3.7 SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Para alcanzar los objetivos propuestos se definen las siguientes técnicas e instrumentos:

#### *Técnica:*

☛ *Revisión documental:* Para alcanzar los objetivos de este estudio se procedió a solicitar la colaboración del Servicio de Estadística del Hospital Dr. Escalante Pradilla, a fin de obtener información sobre la totalidad de casos de menores agredidos (edades 0-12 años) que durante el periodo de estudio presentaban una estancia hospitalaria prolongada. Con la colaboración brindada por dicho servicio se conoce que un total de 95 expedientes presentaban ese criterio.

#### *Instrumentos*

☛ *Guía de revisión de expedientes:* Con el apoyo del tutor de este estudio, la sustentante logra construir una *guía de revisión de expedientes* cuyo contenido permite responder a los objetivos de esta investigación (ver anexos).

☛ *Cuestionario:* Se empleó un cuestionario autoadministrado y anónimo, cuyo diseño buscó alcanzar los objetivos de este estudio. Este instrumento consta de **seis secciones**: **La primera**, se refiere a características sociodemográficas, años de servicio en atención a niños agredidos, experiencia profesional. **La segunda** presenta una serie de preguntas orientadas a medir la actitud cognoscitiva del personal de salud sobre el objeto de estudio. Así interesó observar entre otros, número de capacitaciones recibidas (obligatorias u optativas), conocimientos sobre normas y procedimientos en la atención de la violencia infantil. En **la tercera sección** se indagó sobre prácticas concretas que el personal de salud realiza al brindar atención directa a la niñez agredida y algunas repercusiones que en su criterio se derivan de prestar atención a dicha población. En **la cuarta sección** se indagó sobre factores institucionales y de la práctica profesional que el personal de salud percibe

como barreras para identificar y canalizar casos de niños o niñas agredidos que son atendidos en el Hospital Dr. Escalante Pradilla. La **quinta sección** se compone de una Escala Likert, la cual según Rodrigo Barrantes “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. El sujeto debe escoger uno de los cinco puntos de la escala y a cada uno de éstos se les asigna un valor numérico. Al final se obtiene una puntuación total sumando las obtenidas en relación con cada afirmación. Las afirmaciones deben llevar un orden lógico y es recomendable que no excedan en veinte palabras (4). Agrega el citado autor que esta Escala es una medición ordinal; sin embargo, es común que se trabaje como si fuera de intervalo. Estas escalas parten del principio de que los ítems o afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente y en ella cada ítem tiene igual peso. En términos generales, estas escalas se construyen generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y debe administrarse a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones). Las afirmaciones cuya puntuación se correlacione significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se seleccionan para integrar el instrumento de medición definitivo. Además, deberá calcularse la confiabilidad y la validez de la escala.(4). Tomando como referencia los aportes teóricos antes expuestos la **Escala Likert** de esta investigación **se construyó de la siguiente manera:**

**a.** Revisión de bibliografía sobre investigaciones que hubiesen empleado la Escala Likert. Así como de estudios que abordaran el tema de conocimientos, actitudes y prácticas. De esta forma, se realizaron varias búsquedas en la Red de Internet (base de datos PUBMED, GOOGLE, etc) y también se consultó la Biblioteca Carlos Monge Alfaro y la Biblioteca

Tinoco, ambas de la Universidad de Costa Rica. También se consultó la Biblioteca de la Universidad Estatal a Distancia. De este proceder se derivaron los siguientes resultados:

1. Se logró elaborar una versión preliminar de la Escala Likert. Se componía de 57 ítems.
2. Fue posible contactar vía internet a la Mtra. Rosibel Rodríguez Bolaños, Investigadora en Ciencias Médicas, Depto. de Investigación Sobre Tabaco-Instituto Nacional de Salud Pública de Mexico. La Mtra Rodríguez facilita instrumento que ella empleó en un estudio similar al presente.
3. Se logró afinar el cuadro de operacionalización de las variables.

Posteriormente, se procede a realimentar la versión preliminar de la Escala Likert con el instrumento facilitado por la Mtra. Rosibel Rodríguez. Así, se obtiene una segunda versión preliminar que reunía un mejor contenido.

b. Validación y confiabilidad de la Escala Likert: Con el fin de que este instrumento reuniese criterios de validez y confiabilidad se procedió:

Se procede a someter la segunda versión preliminar de la Escala Likert, al criterio experto de 6 profesionales de la salud. También, se coordinó con la Msc. Ana Teresa León, experta en psicometría a fin de obtener sus valoraciones sobre dicho instrumento. Estos profesionales realizaron las observaciones que consideraron pertinentes y éstas fueron analizadas y discutidas con el Tutor del presente estudio. De esta manera se obtiene la Escala Likert que se aplicó en este estudio.

La **sexta sección** del cuestionario aplicado se compuso de dos ítems, dirigidos a indagar sobre la importancia que el personal de salud confiere a la capacitación sobre atención a la violencia contra los niños y niñas, así como qué contenidos temáticos consideran se deben incluir en una capacitación en ese sentido.

Una vez que se recolectó la información de los expedientes y cuestionarios, se procedió a su respectivo análisis e interpretación.

### **3.8 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

#### **3.8.1. Revisión y análisis de expedientes:**

A. Primeramente se procede a revisar la totalidad de expedientes empleando una guía de revisión de expedientes (ver anexos). Una vez que la guía fue debidamente llenada, se procede a su respectiva lectura a fin de analizar la información contenida en ella.

B. Una vez que se analiza esa información se procede a elaborar una *síntesis* de cada expediente revisado y analizado (ver anexos).

C. Se hacen dos lecturas de la *síntesis* anterior a fin de identificar los factores que a lo interno del centro hospitalario afectan negativamente la prolongación de las estancias al brindarse atención directa a la niñez agredida. Cabe señalar, que la lectura de esta síntesis debió ser realizada minuciosamente dado el carácter multifactorial presente en cada expediente analizado, así se identifican los factores que *prevalecieron* en la prolongación de la estancia.

D. Se procede a contabilizar los diversos factores internos identificados. Así, se presentan resultados de manera anual y global (ver anexos).

#### **3.8.2 Análisis estadístico cuestionario:**

El presente estudio tiene como objetivo analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud que brinda atención a los niños/as víctimas de abuso en los servicios de neonatos, lactantes-escolares del Hospital Dr. Escalante Pradilla y sus repercusiones en la atención que les brindan a estos usuarios y usuarias.

Con este objetivo se diseñó un cuestionario para recopilar los datos (**Ver anexo**) con el fin de conocer las características sociodemográficas del personal que atiende a estos niños, el

conocimiento de las normas de atención, la identificación y manejo de casos, los factores que favorecen y que dificultan el adecuado tratamiento de estos niños, y el análisis de una escala de Likert con el fin de conocer las valoraciones de estos casos.

El cuestionario fue aplicado en forma autoadministrada a funcionarios/as que prestan atención directa a los niños y niñas víctimas de abuso en el Hospital Dr. Escalante Pradilla.

Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de la información son las distribuciones de frecuencia, cruce de variables, cálculo de medias, desviación estándar, coeficiente de variación, de comparación de medias con base en el análisis de variancia. El nivel mínimo de confianza para las comparaciones fue del 95%. El procesamiento estadístico de los datos se diseñó en una base de datos creada SPSS versión 13, el procesamiento estadístico de los datos se realizó en SPSS versión 12.0 y en Excel.

### **3.9 LIMITACIONES**

☛ Constituye otra limitación la escasa participación del personal médico concretamente pediatras para participar en estudios de esta temática. Esta situación es un hallazgo importante, que coincide con estudios previos relacionados con el problema de investigación (63) y es un reto metodológico para quienes se encuentren interesados en la investigación de temas directa o indirectamente asociados a la violencia infantil. Entre las razones que pueden explicar esta negativa se encuentran: la falta de interés, la incomodidad que experimentan al tocar el tema, además de las exigencias propias de la práctica clínica. (32)







## I SEMESTRE 2008

ACTIVIDAD		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
I FASE Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos	P						
	E						
II Fase: Recolección de información	P						
	E						
III Fase: Tabulación y análisis de información	P						
	E	X	X				
IV Fase: Elaboración del Informe Final	P						
	E		X	X			

## **CAPITULO IV:**

### **ANALISIS DE RESULTADOS**

#### 4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

##### 4.1 RESULTADO DE ANÁLISIS DE EXPEDIENTES:

De un total de 95 expedientes revisados y analizados (100%), se logra desprender que en la mayoría de casos o sea, en el 65,23 % de expedientes, las estancias hospitalarias observadas durante el periodo 2002-2006 se vieron favorecidas por factores internos propios de la dinámica hospitalaria que se operacionaliza, al brindar atención en salud a los niños y niñas agredidos (as). Entre los principales porcentajes que se observan en dicho sentido tenemos:

a. 22,1%: Paciente es hospitalizado en un fin de semana. Requiere valoración de trabajo social hospitalario. Esta se ejecuta en un lapso *mayor* a 3 días.

Este porcentaje permite interpretar que en una cantidad importante de casos el ingreso de niños y niñas agredidas en fines de semana (viernes, sábado y domingo) suele ser un factor interno que eleva las estancias hospitalarias, ello en especial porque las valoraciones que requieren como por ej. trabajo social, psicología no se encuentran disponibles en ese periodo. De hecho, un paciente que ingresa un viernes puede ser intervenido por alguna de estas profesiones inicialmente en horas tardías (luego de su valoración clínica) pero, según sea la complejidad que presente, ameritará estar hospitalizado hasta el lunes próximo para proseguir con la atención que requiere, la cual usualmente es de carácter social, por cumplir la profesión de Trabajo Social un rol líder en la promoción de una atención integral a niños y niñas que presentan como motivo de ingreso el diagnóstico de “Síndrome de Niño Agredido (SNA).

b. 21, 05% de casos que corresponden a “Valoración solicitada a trabajo social o psicología no se realizó con prontitud”. Algunas razones que permiten explicar este rubro son: 8,42% “no se especifican” y 7,36 % corresponden a “**demora en entrega de interconsulta a Trabajo Social**”. Otros porcentajes menores indican:

“trabajadora social que lleva el caso se encuentra incapacitada”:1,05%

“Demora en entrega de interconsulta a psicología: 1.05%

“no estaba el psicólogo”: 1,05%

“trabajadora social no valoró ayer porque estaba de gira”, “no se encontraba”: 1,05%

“Falta de coordinación entre Servicio de Trabajo Social y Servicio Escolares: 1,05%

Definitivamente, la presentación de estos resultados resaltan la importancia de mejorar el envío y recepción de interconsultas al Servicio de Trabajo Social y Psicología, lo cual podría lograrse mediante algún instrumento de control como por ejemplo **un cuaderno** en el cual se indique en qué momento se envía y se recibe ese documento, el cual se constituye en un elemento importante al momento de activar el proceso de atención integral que requiere la población en estudio. Aunado a ello, convendría crear mayor conciencia en los profesionales de la salud que intervienen en estos casos, sobre la importancia de ser exhaustivos en la sistematización de sus respectivas intervenciones, dado que el expediente de salud es una evidencia, en los casos de niños y niñas agredidos (as) que son hospitalizados y eventualmente pueden requerir la intervención judicial o del Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

**c. 11,57%** de casos que corresponde a “Paciente hospitalizado entre semana. Requiere valoración de trabajo social hospitalario. Esta se realiza en *más* de tres días. La revisión de expedientes realizada no permitió identificar las razones que favorecieron que se diera esta circunstancia.

**d. 6,31%** de casos que corresponden a “Paciente completando tratamiento clínico”.

e. También, se observan otros factores internos que reflejaron cada uno un valor de 1,05%, éstos se denotan de la siguiente forma:

✓ Espera de valoración odontológica y de resultado de exámenes de laboratorio. Al parecer la solicitud de estos servicios no se hizo desde el momento del ingreso del paciente al Centro Médico.

✓ Espera de conclusión de valoración psiquiátrica

✓ Se estudia paciente y así, se descarta causa orgánica a su padecimiento (hematuria macroscópica) posterior a ello, se empieza a observar por Síndrome de Niño Agredido (SNA).

✓ Caso no denunciado por personal de salud desde su ingreso. Esto favorece retraso de valoración forense.

Finalmente, aunque los factores externos concebidos éstos *como las causas que en el entorno del Hospital Dr Escalante Pradilla inciden de manera negativa en la prolongación de las estancias hospitalarias*, no fueron contemplados en los propósitos de esta investigación interesa presentar que un **34, 72%** corresponden a dichos factores. De este porcentaje (34, 72%) un **30,52%** corresponde al factor denominado: “*espera de resultado de valoración del PANI*”. En este sentido destaca que de este 30,52% exista un 5, 26% de pacientes que adquirieron *una infección nosocomial* mientras esperaban que el PANI diese una resolución a su condición de menor de edad agredido (a). El resto de factores externos que se logran observar luego de este análisis, corresponde a un total de 4,2% asociados a circunstancias del Ministerio Público de San Isidro del General.

## 4.2 RESULTADOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE CUESTIONARIOS

### *Análisis de resultados: Características de los entrevistados*

Se entrevistaron 30 personas de los cuales el 73% son mujeres; la edad promedio de los entrevistados fue de 43 años, encontrándose diferencia estadísticamente significativa por sexo ( $p=0,009$ ), donde los hombres tienen una edad promedio de 50,1 años (IC95%: 45,0 – 55,2) y las mujeres tienen una edad promedio de 41,3 años (IC95%: 36,8 – 45,8). La edad varía entre 24 y 61 años.

El 53% de los entrevistados son casados y el 47% son solteros, divorciados o separados; el 80% de los entrevistados tienen hijos y en cuanto a su ocupación el 47% son auxiliares de enfermería, distribución que es muy similar por sexo y no se presentó diferencia estadísticamente significativa por profesión ( $p=0,110$ ).

**Distribución de entrevistados según profesión por sexo.**

Profesión	Total		Sexo			
			Masculino		Femenino	
	#	%	#	%	#	%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>
Médico(a) general	1	3,3	1	12,5	0	0,0
Pediatra	2	6,7	1	12,5	1	4,5
Enfermero(a)	8	26,7	1	12,5	7	31,8
Auxiliar de enfermería	14	46,7	3	37,5	11	50,0
Otras profesiones	5	16,7	2	25,0	3	13,6

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, año 2007.

El promedio de años de experiencia fue de 19,6 años (IC95%: 15,8 – 23,3) sin que presentara diferencia estadísticamente significativa por edad ( $p=0,411$ ) y profesión ( $p=0,321$ ).



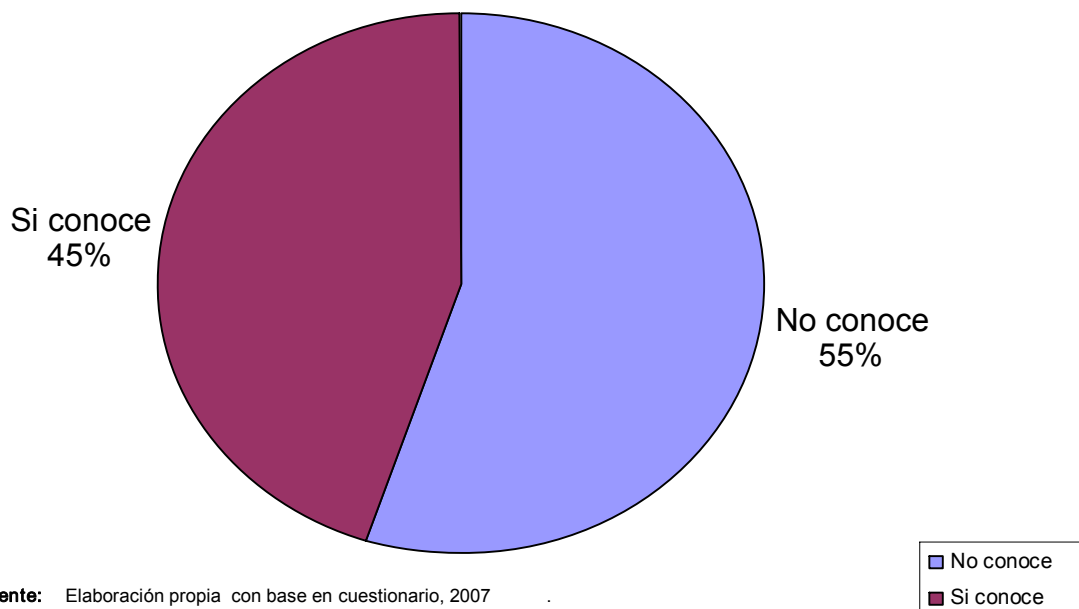
El promedio de trabajar en el Hospital Dr. Escalante Pradilla con niños y niñas víctimas de abuso que son hospitalizados es de 13,6 años (IC95%: 10,5 – 16,7), sin que se presentara diferencia estadísticamente significativa por puesto ( $p=0,058$ ) ni por sexo ( $p=0,321$ ).

***Análisis de resultados: Conocimiento de las normas de atención***

El 44,8% de los trabajadores conocen las Normas de Atención Integral a Niño (as) agredidos (NAIN), pero no todos las han leído, por tanto sólo un 40% del personal ha leído y no se presentó diferencia estadísticamente significativa por profesión.

De las personas que indicaron no haberlas leído como razón adujeron desconocerlas o bien, no saber donde encontrarlas.

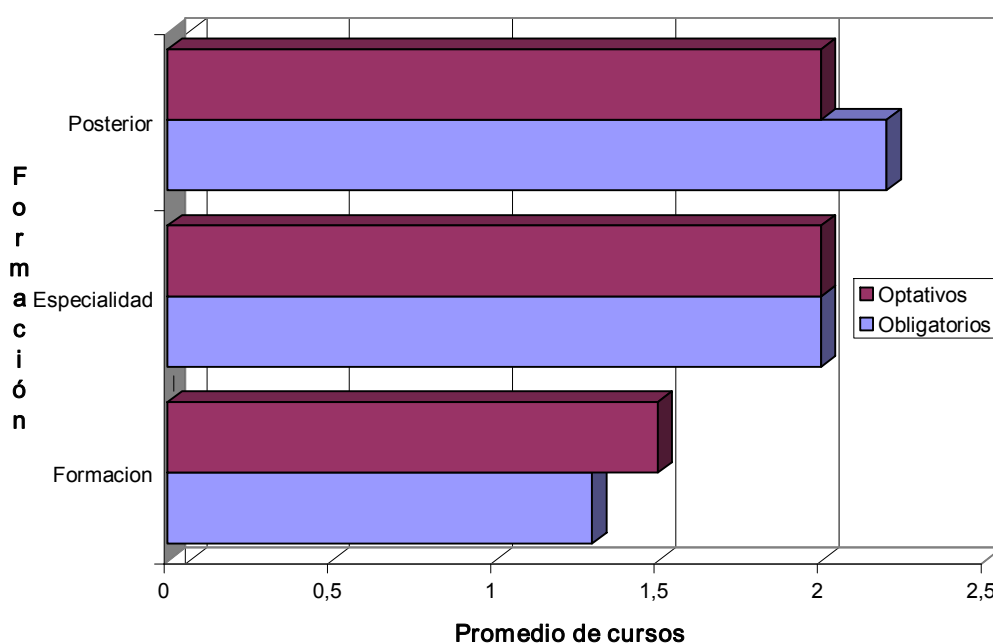
**Distribución del personal según conocimiento de Normas de Atención Integral a niños (as) agredidos**



El 58,6% de los entrevistados indicaron no haber recibido formación al respecto durante la carrera, especialmente el personal que labora como auxiliar de enfermería, mientras que las personas que tienen otras ocupaciones si recibieron formación relacionada.

Sólo un 10% de las personas entrevistadas indicó que han recibido formación, que la recibió con un promedio de 1,3 cursos obligatorios y 1,5 cursos optativos. Un 10% de las personas recibió cursos en la especialidad con un promedio de 2 cursos obligatorios y 2 cursos optativos y un 37% de las personas recibieron cursos después de su formación con un promedio de 2,2 cursos obligatorios y 2 cursos optativos.

**Promedio de cursos obligatorios y optativos recibidos según etapa de formación.**



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de cuestionario, 2007.

Un 20% de las personas indicaron haber recibido algún curso y/o capacitación sobre las Normas y procedimientos para la atención del maltrato infantil (NAIN) desde que ingresó a laboral en el Hospital Dr. Escalante Pradilla, con un promedio de 2,2 cursos.

El 62% de las personas entrevistadas consideran que el abuso infantil se conoce “como todo comportamiento originado en una relación de poder, que lesione los derechos de las personas menores de edad.”

Un 28% de los entrevistados consideran que se conoce como abuso infantil “como todo comportamiento originado en una relación de poder, que lesione los derechos sin merecerlo, de las personas menores de edad.”

Un 10% de los entrevistados indicaron no saber conocer la definición entre ellos dos enfermeras y un auxiliar de enfermería.

El 83,5% de los entrevistados indicaron que la violencia intrafamiliar es “la acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad y el derecho al pleno desarrollo de otras personas en la familia y que afecta especialmente a mujeres, niñas(os), ancianos (as)”.

Entre los tipos de abuso infantil el 100% de los entrevistados indican que existe abuso físico, abuso sexual; el 43% indica que existe el síndrome de Munchausen by proxy; el 80% indica que existe el abuso prenatal. Sin embargo un 40% indica que pueden existir los cuatro mencionados anteriormente.

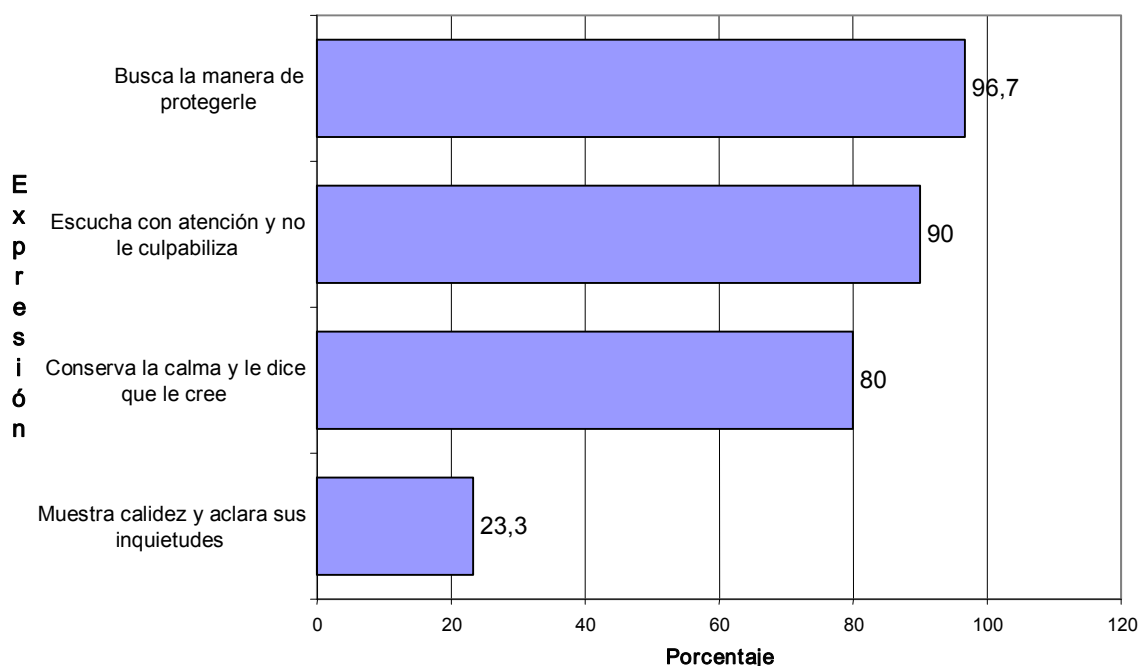
El 96% de los entrevistados consideran que el principal factor de riesgo asociado al abuso infantil ya sea sexual, físico, psicológico o de negligencia se asocia a la percepción del niño o la niña como un objeto.

El 43% de los entrevistados consideran que no existe resistencia por algunos miembros del personal de salud, cuando un niño víctima de violencia es hospitalizado, para poner la denuncia ante la fiscalía o el Organismo de Investigación Judicial. Aunque es importante aclarar que entre el personal de salud la **actitud principal** es de buscar protección y de escucharlo.

Busca la manera de protegerle	96,7
Escucha con atención y no le culpabiliza	90,0
Conserva la calma y le dice que le cree	80,0
Muestra calidez y aclara sus inquietudes	23,3

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario,2007.

### Porcentaje de personas según expresión sobre la situación que está viviendo.



**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.

Con respecto al grado de importancia sobre la orientación básica que se le debería brindar a una persona que hospitaliza a un niño que presenta maltrato infantil es: informarlo sobre los servicios de apoyo (80%); informar sobre la obligatoriedad de la denuncia (63%) e informarla sobre las leyes que protegen a los niños (53%).

El 60% de los entrevistados indican que desconocen el porcentaje de casos de niños y niñas que han sufrido algún tipo de maltrato alguna vez en su vida, y de quienes reportaron conocerlo las dos terceras partes indican que un 70%, esto es equivalente al 27% de los entrevistados. Esto es muy importante de la problemática desde el punto de vista del desconocimiento general de este problema y de la invisibilización del mismo.

Es importante destacar que el 100% de los entrevistados indican que la violencia que sufren los niños puede ocurrir en cualquier sector social, económico y/o educativo.

Las dos instituciones gubernamentales que mencionaron el 100% de los entrevistados a la que pueden referir a los niños víctimas de violencia en su localidad son el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) y en tercer lugar se menciona la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para su tratamiento en Trabajo Social, el Comité de Atención de Niño Agredido.

El 40% de los entrevistados indican que la Ley de Niñez y Adolescencia es la que protege al niño que es víctima de violencia, de las 18 personas que indican que no saben cuál es la ley, es de todos los grupos, pero más enfermería y auxiliares

El factor de comportamiento de padres que fueron agredidos en su infancia fue mencionado por todos los entrevistados, sin embargo consideran que el nivel socioeconómico bajo y la falta de empleo es el factor menos importante que origina el maltrato contra los niños y niñas comparándolo con los del comportamiento de los padres y madres y los factores psicológicos.

<b>Número de personas que menciona el factor e importancia relativa según factor. 2002-2006</b>		
<b>Factor</b>	<b>#</b>	<b>Importancia</b>
Padres o madres agredidos en la infancia	30	1.2
Factores biológicos	1	2.0
Nivel socioeconómico bajo y falta de empleo	8	2.1
Factores psicológicos	22	1.7

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.



### *Análisis de resultados: Tratamiento*

Como parte del protocolo de atención el 77% de los entrevistados indican que realizan preguntas específicas sólo cuando se trata de un caso sospechoso.

El 60% de los entrevistados indican haber identificado niños y niñas víctimas de violencia, el promedio de casos detectados fue de 3,7, aunque el personal que más detecta casos son Trabajo Social y Psicología, un promedio de 9,5 casos en el trimestre.

Los daños físicos más frecuentes que se encuentran son los equimosis, fracturas, lesiones y cicatrices por heridas y quemaduras y los daños psicológicos son baja autoestima, depresión, miedo, aislamiento, llanto, timidez.

Los daños sexuales que más se presentan son lesiones vaginales, anales, orales, desgarros vaginales, edemas, sangrados, enfermedades de transmisión sexual, hipersexualidad, perforaciones, laceraciones, daños psicológicos y problemas de pareja.

El 100% de los funcionarios considera que el personal debe estar interesado en la identificación de los casos de niños víctimas de violencia, sin embargo solo el 86% considera además, que debe hacer lo que el caso amerite.

El 66,7% de los funcionarios refieren los casos a los profesionales en Trabajo Social, seguido de un 40% que remite al Comité de Estudio del Niño agredido y un 26,7% que refiere a los psicólogos. Aunque se presenta una combinación de trabajador social y Comité de Estudio de Niño Agredido. A la institución que refieren los casos de niños agredidos es al Patronato Nacional de la Infancia.

Los entrevistados consideran que cuando llegan a tener contacto con algún niño/a que sufre violencia, el tipo de manejo que proporciona sería en orden de importancia:

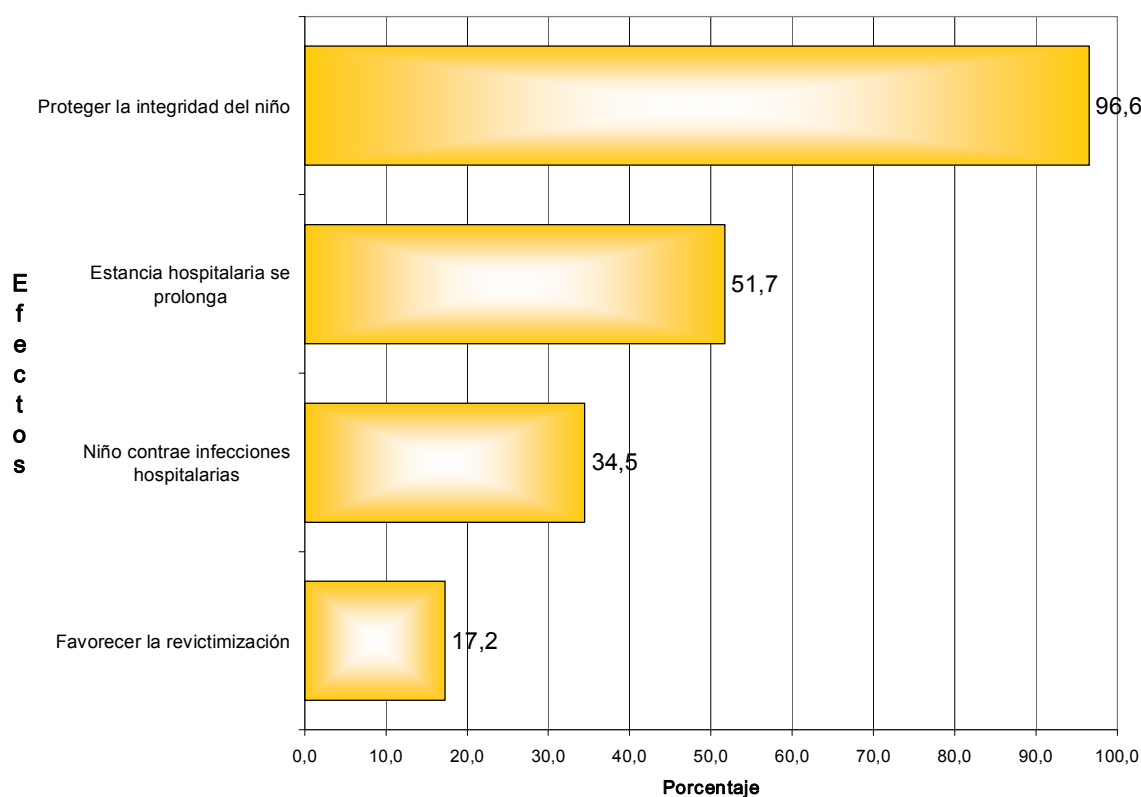
- Referir el caso a instituciones o profesionales (83%),
- Comunicar la situación al OIJ o Fiscalía (53%)
- Platicar con el paciente y su familia tratando de ayudarles (83%)

- Llenar la boleta de notificación obligatoria del Ministerio de Salud (47%)
- Realizar un seguimiento del caso (47%)

La opción de “no preguntar nada” fue mencionada por una persona y se consideró como “muy baja importancia para tratar el caso”.

Los principales efectos que se pueden derivar al prestar atención al niño agredido que es hospitalizado son la protección de la integridad del niño (96,6%); puede favorecer la revictimización (17,2%); la estancia hospitalaria se puede prolongar (51,7%) y el niño

**Porcentaje de personas según percepción de efectos derivados de la atención al niño agredido hospitalizado.**



puede contraer infecciones hospitalarias (34,5%).

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.

Los factores institucionales más importantes que dificultan al personal de salud del Hospital Dr. Escalante Pradilla identificar y referir los casos de niños y niñas víctimas



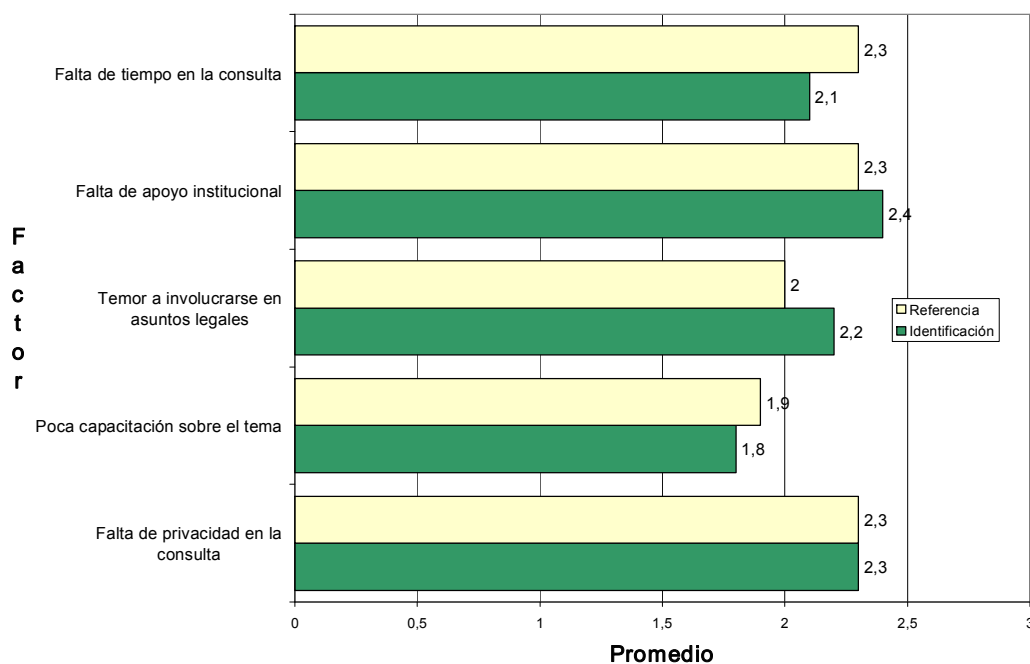
de violencia lo es: la poca capacitación en el tema, seguido del temor para involucrarse en asuntos legales; también se menciona la falta de privacidad y el poco tiempo en la consulta.

**Importancia promedio de los factores para identificar y referenciar  
casos de violencia según factor. 2002-2006**

Factor	Identificación	Referencia
Falta de privacidad en la consulta	2,3	2,3
Poca capacitación sobre el tema	1,8	1,9
Temor a involucrarse en asuntos legales	2,2	2,0
Falta de apoyo institucional	2,4	2,3
Falta de tiempo en la consulta	2,1	2,3

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.

**Importancia promedio de los factores para identificar y referenciar casos de violencia según factor. 2002-2006**



**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.

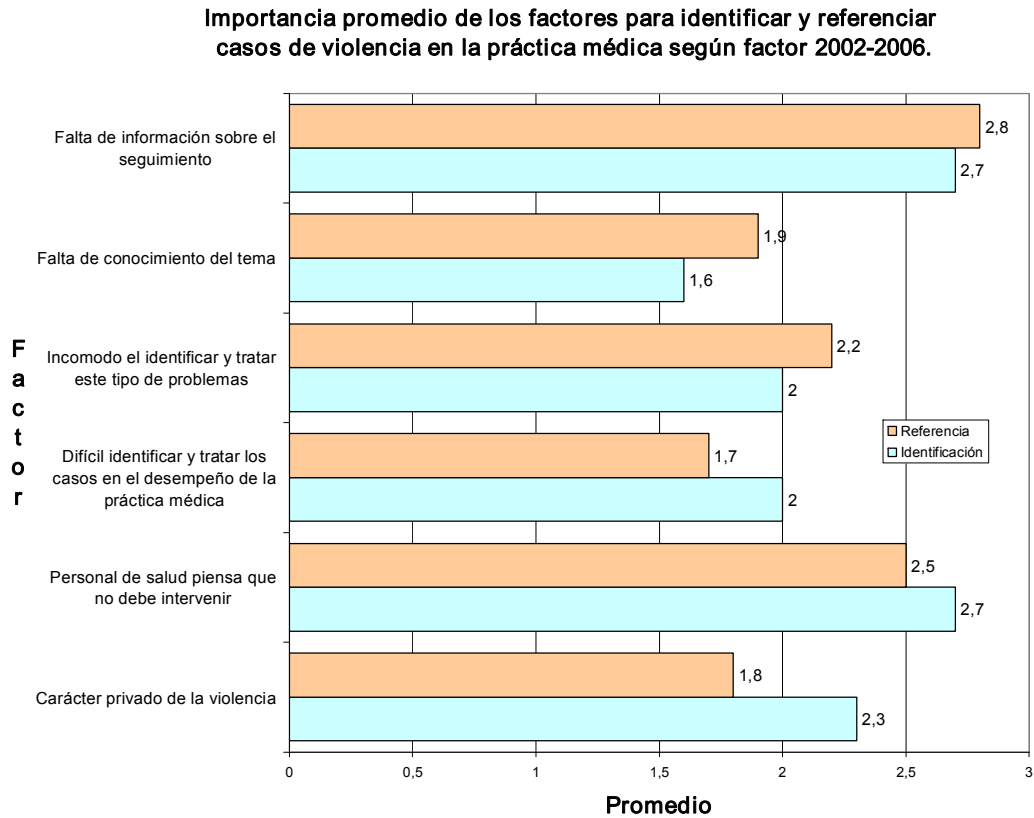
Los factores que afectan la identificación y referencia de los casos de violencia en la práctica médica es precisamente su dificultad para identificarlos y la incomodidad para

detectar este tipo de problemas, asimismo el carácter privado que tienen estos temas.

**Importancia promedio de los factores para identificar y referenciar casos de violencia en la práctica médica según factor 2002-2006.**

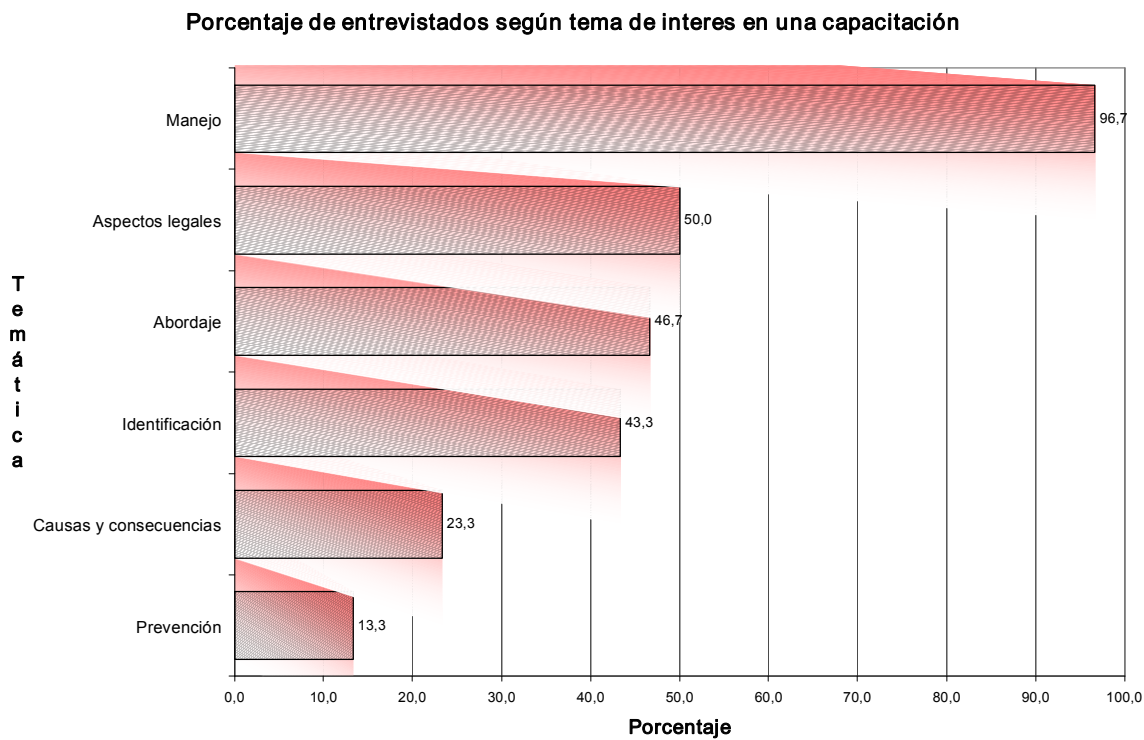
Factor	Identificación	Referencia
Carácter privado de la violencia	2,3	1,8
Personal de salud piensa que no debe intervenir	2,7	2,5
Difícil identificar y tratar los casos en el desempeño de la práctica médica	2,0	1,7
Incomodo el identificar y tratar este tipo de problemas	2,0	2,2
Falta de conocimiento del tema	1,6	1,9
Falta de información sobre el seguimiento	2,7	2,8

**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.



**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.

El 100% de las personas entrevistadas considera que es muy importante la capacitación para la atención de los niños agredidos y el tema de interés principal es el manejo desde el punto de vista integral (psicológico, de salud e interinstitucional).



**Fuente:** Elaboración propia con base a datos de cuestionario, 2007.

### 4.3 RESULTADO DE ANÁLISIS DE ESCALA *LIKERT*

A la escala Likert que se presentó en este estudio, se le aplicó la prueba de confiabilidad de la escala de Wards, la cual resultó con un porcentaje superior a 70%, lo cual desde un punto de vista estadístico se considera muy bueno.

Con respecto a las preguntas de la escala, el porcentaje de respuesta esperado fueron superiores al 80%, exceptuando los casos en lo referido a la consulta y detección de los casos de violencia en la consulta de rutina.

En promedio las personas tienen un 83,3% (IC95%: 80,6 – 86,1) de respuestas esperadas, sin que se mostrara diferencia estadísticamente significativa por profesión ( $p=0,661$ ).

Con base en las 37 preguntas de la escala de Likert se construyeron tres indicadores que corresponden a tres subdimensiones de la atención en salud de los niños agredidos:

Subdimensión	Cálculo
Conocimiento del personal en salud en aspectos legales	$(v2r + v10r + v11r + v19r + v3r + v12r + v14r + v29r + v37r) / 9 * 100.$
Prácticas del personal	$(v13r + v4r + v8r + v15r + v17r + v20r + v30r + v38r + v25r + v26r + v28r) / 11 * 100.$
Actitud	$(v1r + v7r + v18r + v6r + v9r + v21r + v23r + v31r + v33r + v34r + v35r + v36r + v16r + v22r + v24r + v27r + v5r) / 17 * 100.$

El valor promedio de la subdimensión de conocimiento fue 90,7% (IC95%: 86,9 – 94,5) con un valor mínimo de 55,6 y un máximo de 100,0. Con este indicador se considera que el conocimiento que posee el personal de salud en relación con aspectos legales y normativos, factores de riesgo y consecuencias en la salud ligados al abuso infantil (sexual, físico, negligencia y psicológicos) es muy bueno sin que se presentara diferencia estadísticamente significativa por edad ( $p=0,704$ ), sexo ( $p=0,769$ ) y profesión ( $p=0,769$ ) de personal entrevistado.

El valor medio de la subdimensión “Prácticas” que evalúa las principales prácticas que realiza el personal de salud al detectar, atender, registrar y dar seguimiento al niño víctima de abuso fue de 76,7 (IC95%: 72,1 – 81,3) con un valor mínimo de 54,5 y un máximo de 100,0. Es importante recalcar que fue la dimensión con un menor puntaje con respecto a la percepción de que es posible detectar a los niños víctimas de abuso en la consulta y que la percepción de que la violencia contra un niño es un problema privado y personal de las familias, en el cual el personal de salud debe hacer preguntas al respecto. No se encontró diferencia estadísticamente significativa por edad ( $p=0,248$ ), sexo ( $p=0,05$ ) y profesión ( $p=0,211$ ).

Y finalmente la subdimensión “Actitudes” que busca detectar las principales actitudes que posee el personal de salud en relación con la atención del abuso infantil (sexual, físico, negligencia y psicológico) fue de 84,8% (IC95%: 80,8 – 88,8) fue un indicador que muestra la mayor homogeneidad en las respuestas con un valor mínimo de 58,8 y un máximo de 100,0. No se encontró diferencia estadísticamente significativa por edad ( $p=0,826$ ), sexo ( $p=0,44$ ) y profesión ( $p=0,98$ ).

## **CAPITULO V:**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## *CONCLUSIONES*

◆ Un resultado de interés que se logra obtener es el desconocimiento que más de la mitad del personal de salud que participó en este estudio dice tener en relación con la normativa de atención integral a la niñez agredida, lo cual es un factor humano que amerita ser atendido con prontitud, pues la ausencia de un saber que oriente qué, cómo y cuándo deben hacerse determinados procedimientos es una situación que puede llevar a disminuir la agilidad, eficiencia e integralidad que se necesita al prestar este servicio. También la mayor parte del recurso humano bajo estudio, maneja una idea clara de cuáles deben ser los aspectos y su orden de importancia, al brindar una orientación básica a quienes se presentan a hospitalizar a un niño o niña agredido. Empero, pareciera que en general carece de información sobre la magnitud que representa este fenómeno como un problema de salud pública.

◆ Un porcentaje importante del personal de salud, refiere desconocer cuál es la ley que protege a las personas menores víctima de abuso o maltrato; lo cual ciertamente llama la atención en especial porque es un recurso humano que cotidianamente presta un servicio a la infancia y la Ley de la Niñez y la Adolescencia (#7739) le exige una serie de obligaciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de estos usuarios y usuarias. También, se puede concluir que este personal debería conocer esa legislación en especial porque frecuentemente están en contacto con quienes viven la experiencia de tener en su familia un niño o niña agredido y a estas personas podría serles de suma utilidad brindarles esa información una vez que su familiar es hospitalizado.

◆ De manera general, se puede concluir que el personal de salud posee conocimientos sobre factores de riesgo y consecuencias en la salud ligados abuso infantil. Así como, algunas cuestiones legales que tienen que ver en el abordaje de estas situaciones en el ámbito de salud. No obstante, como antes se mencionó parece existir



un gran desconocimiento de la normativa de atención en estos casos. Lo cual podría deberse a la poca capacitación en esta materia, tal y como se obtiene de los datos obtenidos en este estudio. Por lo tanto, se considera que estos conocimientos podrían reforzarse o ampliarse, dada la importancia que el mismo personal confiere a este tipo de capacitación y a la relevancia que la misma adquiera en términos de mejorar la prestación del servicio a la niñez agredida.

◆ El estudio exploratorio realizado permite determinar que en la población bajo estudio las principales actitudes que tiene el personal de salud en relación con la atención del abuso infantil las asocian a *brindar protección y escuchar al niño agredido*, lo cual innegablemente, constituye una respuesta idónea para quienes prestan un servicio de salud a una población en alto grado de vulnerabilidad. Sin embargo, es importante destacar que un importante porcentaje del personal de salud, considera que existen resistencias para poner la denuncia correspondiente al detectar casos de niños o niñas víctimas. Lo anterior invita a reflexionar sobre el papel que tiene el funcionario público de la salud y su responsabilidad de proteger a un menor de edad, no invisibilizando su situación ante la mirada de las autoridades judiciales.

◆ Con base en la Escala Likert se puede decir, que el personal de salud posee una actitud favorable hacia la atención de toda persona menor de edad agredida que debe ser hospitalizada. Ello es una información valiosa, en especial porque así se denota una cualidad de este personal, que se puede concebir como una fortaleza en quienes prestan un servicio orientado hacia la satisfacción de los usuarios y usuarias.

◆ A partir de este estudio, se logra reconocer que el personal del servicio de pediatría (escolares, lactantes, neonatos) realiza en general prácticas de detección, atención, registro y seguimiento al brindar atención al niño y niña agredido y entre éstas las que parecen predominar son: referir el caso a instituciones (PANI y OIJ) o

profesionales (trabajo social y psicología) y platicar con el paciente y su familia tratando de ayudar. Esta práctica anterior, permite concluir que la prestación del servicio a la salud del niño o niña agredido, contiene un componente de integralidad en que la participación del personal de salud como un todo debe darse, realizando cada quien desde su respectiva labor un abordaje con calidez humana que contribuya a la recuperación de la salud física, espiritual, emocional y psicológica del niño o niña que es hospitalizado. Desde esta perspectiva la atención de la niñez agredida se concibe como una responsabilidad de todo el personal de salud que tiene contacto con estas personas menores de edad y no únicamente de profesionales en trabajo social y psicología. Este carácter de integralidad hace también alusión a la oportunidad que el personal tiene para apoyar a estos niños y niñas y su familia en la búsqueda de soluciones que les permitan superar el impacto de la violencia que han sufrido.

◆ Las principales repercusiones que se pueden derivar al brindar atención al niño o niña abusado o maltratado son: ***proteger la integridad del niño, estancia hospitalaria se prolonga, el niño puede contraer infecciones intrahospitalarias.*** Si bien no se puede afirmar que tales repercusiones son una consecuencia *directa y exclusiva* de los conocimientos, actitudes y prácticas del recurso humano en estudio, ciertamente los resultados de esta investigación permiten concluir que ciertos factores humanos como: desconocimiento de la normativa de atención integral, resistencia ante la denuncia de casos, demora en entrega de interconsultas a servicios de apoyo como trabajo social y psicología, intervenciones de profesionales de servicio de apoyo que no se realizan con la prontitud requerida, son algunos factores que podrían estar teniendo alguna influencia o ingerencia en la prolongación de las estancias hospitalarias que conllevan incremento de los costos.

◆Para finalizar, según resultados de la Escala Likert aplicada, las actitudes del personal de salud hacia la atención de esta población es favorable. Empero, ciertas prácticas y ausencias de conocimientos aludidos en párrafos anteriores, inducen a considerar que la prestación del servicio a la salud a la niñez agredida se ve afectado negativamente, por ejemplo en términos de ser oportuna y ágil.

## *RECOMENDACIONES*

### **A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA**

- ⌘ Que las autoridades hospitalarias fortalezcan el trabajo en equipo que existe en la Comisión de Estudio Integral del Niño y Adolescente Agredido (CEINA), a través de acciones como: facilitar que sus miembros asistan a capacitaciones, brinde los permisos respectivos para las sesiones de equipo técnico y apoye las diferentes actividades que a nivel preventivo, de atención y de promoción a la salud el Comité ejecute
- ⌘ Se sugiere a la Jefatura del Servicio de Pediatría, el dictar un lineamiento que ayude a mejorar el envío y recepción de interconsultas a servicios de apoyo como trabajo social, psicología, CEINA. Dicho lineamiento podría ir orientado a que el personal de salud utilice regularmente un instrumento de control, como por ejemplo un cuaderno, en el cual se indique en qué momento se envía y se recibe ese documento, el cual es una herramienta importante al momento de activar el proceso de atención integral que requiere la población en estudio.

### **A MIEMBROS DEL COMITÉ DE ESTUDIO DEL NIÑO AGREDIDO**

- ⌘ Elaborar un protocolo de atención, cuyo contenido se adapte al contexto dentro del cual se brinda atención a la niñez del Cantón de Pérez Zeledón. Dicho protocolo debe ser promovido y validado por la Dirección Médica del Hosp. Dr. Escalante Pradilla, de tal manera que cada servicio de este Centro Médico conozca las pautas básicas a seguir al atender a cada niño o niña que se presume es víctima de abuso.
- ⌘ Establecer coordinaciones permanentes con el CEINA del Hospital Nacional de Niños y así, el personal de salud en estudio, pueda recibir al menos dos capacitaciones anuales en materia de abordaje integral de estos usuarios y usuarias.
- ⌘ Implementar planes operativos, que se orienten a la capacitación y sensibilización de este personal y además, a promover su *autocuidado y motivación* al prestar un

servicio a unos usuarios cuya condición podría generar sentimientos de impotencia y frustración.

#### **AL PERSONAL DE SALUD**

☒ Concebir la prestación del servicio de salud a la niñez agredida como una oportunidad para abordar esta realidad desde una perspectiva integral orientada a promover el desarrollo de estas personas. Lo cual requiere además, de una disposición a integrar saberes, facilitar coordinaciones así como colaborar con el aporte de información encaminada a esclarecer las circunstancias que rodean toda situación en que se presume existe un niño o niña agredida.

#### **A INVESTIGADORES**

☒ A quienes deseen continuar realizando investigaciones vinculadas con esta área de estudio, se les sugiere realizar un estudio comparativo entre el costo económico que conlleva la hospitalización de niños y niñas agredidos y otros niños que presenten otros diagnósticos de ingreso.

☒ Evaluar la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Hosp.Dr. Escalante Pradilla hacia la identificación y canalización de niños y niñas maltratados que acuden a consulta médica, así como identificar las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo de estos pacientes dentro del ámbito hospitalario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez, 1990. Citado por: Salazar Torres, Sonia. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de auxiliares de enfermería en la Región de Centro de Occidente. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1994.
2. Arroyo, s.f Citado por: Salazar Torres, Sonia. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de auxiliares de enfermería en la Región de Centro de Occidente. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1994.
3. Arroyo y Salmerón (s.f.) citado por Salazar Torres, Sonia. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de auxiliares de enfermería en la Región Central de Occidente, UCR, 1994.
4. Barrantes Echeverría, Rodrigo. Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo/-10 reimpr de la 1 ed.—San José, C.R.: EUNED, 2005.
5. Bourges, 1988. Citado por: Salazar Torres, Sonia. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de auxiliares de enfermería en la Región de Centro de Occidente. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1994.
6. Brenes, Rosales Raymundo et al. 1996. “Manual de Contenido Violencia y Abuso contra personas menores de edad”. Citado por Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.
7. Bringiotti, Maria Inés et al. «Violencia Familiar y Maltrato Infantil: La Responsabilidad de los profesionales de la salud». *Revista: Perspectivas Bioéticas*. 13 (2002): 81-93.
8. Caja Costarricense de Seguro Social. Módulo de Atención Integral del Curso Gestión Local de Salud. San José, Costa Rica: EDNASSS, 2003.
9. Caja Costarricense de Seguro Social. Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. San José, Costa Rica, Cendeiss. 2004.
10. Caja Costarricense de Seguro Social. La Conceptualización de la Salud en el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud. II Modulo del Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica: Cendeiss, 2004.

11. Canales Francisca et al. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1994.
12. Casado Flores, J; Dias Huerta, J. y Martínez Gonzáles, C, Niños maltratados. Citado por Bringiotti, María Inès et al. «Violencia Familiar y Maltrato Infantil: La Responsabilidad de los profesionales de la salud». *Revista: Perspectivas Bioéticas*. 13 (2002): 24-33.
13. Casales J C, 1989. Citado por Méndez Hernández, Pablo et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. 2003  
[http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/1084260.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/1084260.html).
14. Castellanos, Pedro Luis.(sf). Citado por Balmaceda Grettel et al. Antología del Curso: Epistemología de la Salud. San José: EUNED, 2005.
15. Castellanos, Pedro Luis. La salud y sus determinantes.(2003).15 noviembre 2007. <http://www.ccss.ca.cr>.
16. Claramunt (2003). Citado por: Fallas Delgado Grace y Morera Quesada Georgina. Explotación Sexual Comercial de niños, niñas y adolescentes: Conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores de servicios de salud pública (CCSS) de la provincia de Limón. Tesis Universidad de Costa Rica, 2004.
17. Claramunt, María Cecilia. Casitas Quebradas: El problema de la violencia doméstica en Costa Rica. San José: EUNED, 2003.
18. Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley No.7739 República de Costa Rica, 3 de diciembre de 1997.
- 19. Constitución Política de la República de Costa Rica Asamblea Legislativa de Costa Rica. 7 de noviembre de 1949.**
- 20. Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 44/25 del 2 de setiembre de 1990.**
21. Day Mackenna “Violence Against Women: New Canadian Perspectives”(2002). Citado por: Castro Elena y Kelly Lina. El costo económico y la satisfacción de las expectativas de las mujeres en la atención de la violencia doméstica, en el Poder Judicial, de San Ramón de Alajuela. Tesis Universidad de Costa Rica, 2004.
22. Dawis-Robin M.,1983. Citado por: Méndez Hernández, Pablo et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos (2003). 7 marzo 2007. [www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/18741.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/18741.pdf)
23. De Franco, Danilo Casos extremos de estancia promedio durante 2005. Hospital Dr. Escalante Pradilla. Documento inédito.

24. De Franco, Danilo Entrevista personal. 23 octubre 2004.
25. DeMause. Citado por: Díaz Huertas, José et al. La atención del Maltrato Infantil desde el Ámbito sanitario 1998. 11 noviembre 2006.  
[http://www.madrid.org/cservicios\\_sociales/immf/atencion\\_maltrato\\_infantil/Libro\\_amidas.pdf](http://www.madrid.org/cservicios_sociales/immf/atencion_maltrato_infantil/Libro_amidas.pdf).
26. Fallas Delgado Grace y Morera Quesada Georgina. Explotación Sexual Comercial de niños, niñas y adolescentes: Conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores de servicios de salud pública (CCSS) de la provincia de Limón. Tesis Universidad de Costa Rica, 2004.
27. Finkelhor, 2000. Citado por Bringiotti, Maria Inés et al. « Violencia Familiar y Maltrato Infantil: La Responsabilidad de los profesionales de la salud”. *Revista: Perspectivas Bioéticas*. 13 (2002): 81-93.
28. Gil. (sf) Citado por Carmona, M. Violencia y Sociedad. En Adolescencia y Salud. Vol.1 N° 1: 14-17. San José: Programa Atención Integral a la Adolescencia (P.A.I.A.), Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.). 1999.
29. Grillo, R Milena et al, 2001. “Abuso infantil: algunos aspectos conceptuales”. ”. Citado por Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.
30. Grillo, R. Milena et al, 2001. “Atención integral del niño y niña víctimas del abuso desde la perspectiva del sector salud" Citado por Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.
31. Grillo, R Milena. Citado por Quesada M., Ana y Gómez, Ivon. Atención Integral del niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. Fundación Paniamor y Fundación Procal, 2001.
32. Harwell citado por Méndez Hernández, Pablo et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos (2003). 7 marzo 2007.  
[http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/1084260.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/1084260.html)
33. Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar. Metodología de la Investigación. Colombia: Mc Graw Hill, 1991.
34. Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar. Metodología de la Investigación. Colombia: Mc Graw Hill, 2006.



35. Hospital Dr. Escalante Pradilla, Evaluación Compromiso de Gestión. Documento interno. 1999.
36. Irazuzta JF et al. "Consecuencias y costos del abuso a niños"(1997). 24 febrero 2007. [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov). Trad. Guido, Luisa (sustentante), San José, 2006.
37. Marín, Carmen. "Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AE). Estudio piloto en San José de Costa Rica, 2002". 25 noviembre de 2006. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/446/44601201.pdf>.
38. Marín, Carmen. "Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende mujeres víctimas de violencia sexual sobre anticoncepción de emergencia. 2004. 12 noviembre de 2006 <http://ccp.ucr.ac.cr>.
39. Martín-Baro, 1984. Citado por Fallas Delgado Grace y Morera Quesada Georgina. Explotación Sexual Comercial de niños, niñas y adolescentes: Conocimientos, actitudes y prácticas de proveedores de servicios de salud pública (CCSS) de la provincia de Limón. Tesis Universidad de Costa Rica, 2004.
40. Mata, Lianeth; Meza, Laura. "Comité de Estudio Integral del Niño Agredido: Una experiencia en el tratamiento de víctima y ofensores". *Revista Costarricense de Trabajo Social*,8, (1998):55-64.
41. Méndez Hernández, Pablo et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos (2003). 7 marzo 2007. [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/1084260.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/1084260.html).
42. Ministerio de Salud-CCSS. Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. San José, Costa Rica, 2002.
43. Miranda Gutiérrez, Guido. Violencia Social, artículo publicado en 100 años de Salud, Costa Rica, OPS-OMS.2003. Citado por: Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Violencia Social en Costa Rica. San José, Costa Rica, 2004
44. Molina Cabañero, J.(1997) Citado por Bringiotti, Maria Inés et al. «Violencia Familiar y Maltrato Infantil: La Responsabilidad de los profesionales de la salud». *Revista: Perspectivas Bioéticas*. 13 (2002): 81-93.
45. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Violencia Social en Costa Rica. Ministerio de Salud --- San José, C.R. : OPS, 2004.
46. Organización Panamericana de la Salud. Planificación Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en las Américas. 1999.
47. Ortiz C. Maritza, et al, 2004. Manual de procedimientos para Detección y Denuncia desde el Centro Educativo. Citado por Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.

48. Polaino A, 1987. Citado por Caja Costarricense de Seguro Social. La Conceptualización de la Salud en el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud. II Modulo del Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica: Cendeiss, 2004.
49. Quesada M., Ana y Gómez, Ivon. Atención Integral del niño y niña víctimas de abuso, desde la perspectiva del sector salud. Fundación Paniamor y Fundación Procal, 2001.
50. Ramellini, Centella Teresita, 2003. Citado por Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. CCSS, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.
51. Reglamento para los Comités de Estudio del Niño, Niña y Adolescente Agredido. Ministerio de Salud Costa Rica., 2002.
52. Rice, (1985). Citado por: Salazar Torres, Sonia. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de auxiliares de enfermería en la Región de Centro de Occidente. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1994.
53. Rodríguez, Rosibel de los Angeles et al. Violencia de Género: Actitud y Conocimiento del Personal de Salud de Nicaragua 2003. 12 noviembre 2006. [http://www.insp.mx/2005/comunidad\\_insp/472\\_4\\_violencia\\_de\\_Genero.pdf](http://www.insp.mx/2005/comunidad_insp/472_4_violencia_de_Genero.pdf).
54. Salazar Obando, Daniel, Entrevista personal. 29 noviembre 2006.
55. Sánchez, 1993. Citado por: García Lanzas, Nelson. "Evaluación de los Expedientes Clínicos de los pacientes ingresados en los pabellones de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional en el período de Septiembre a de Noviembre del año 2003". 22 de noviembre 2006  
[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full\\_text/otras/Psiquiatria/EvaExperimento%20Clinico.PDF](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/otras/Psiquiatria/EvaExperimento%20Clinico.PDF)
56. Secretaria de salud de Santander. Informe Final: Conocimientos, tendencias actitudinales y practicas de violencia y maltrato en santander. recolección, sistematizacion y análisis de la informacion. conclusiones y recomendaciones. septiembre de 1998. 22 noviembre 2006. [www.fungamma.org/santander2.htm](http://www.fungamma.org/santander2.htm)
57. Shijiriev (s.f.) Citado por: Saucedo-Valenzuela, Alma Lucila et al. (2000) Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. 20 noviembre 2006. <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000599>
58. Soriano A, 2001. Citado por: Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.

59. Stevens Lynne, 2001. Citado por Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.
60. Sue Rovi, PhD, Ping-Hsin Chen, PhD, and Mark S. Johnson, MD, MPH. Los costos de hospitalización de niños abusados (2004). 15 noviembre 2006. <http://www.medscape.com/viewarticle/472527>. Trad. Guido, Luisa (sustentante), San José.
61. Ulate Mora, Freddy. Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección desarrollo servicios de salud, 2006.
62. Ulate, Freddy. Normas de atención integral a niños, niñas y adolescentes, Dirección Técnica de Servicios de Salud, CCSS, 2003.
63. Valdéz R., Sanín. Citado por Méndez Hernández, Pablo et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos (2003). 7 marzo 2007. [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/1084260.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/1084260.html)
64. Villalobos, L. B., 1989. Citado por De Franco, Danilo et al. “Desarrollo de un Sistema de Evaluación de la Calidad en la atención Médica en el Periodo Perinatal (Según Niveles de Complejidad) CCSS. Tesis de Universidad de Costa Rica, 1992.

**ANEXOS**

## ANEXO # 1

## FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION

## REVISION DE EXPEDIENTES

**I. DATOS GENERALES**

Datos paciente:

Sexo: Femenino: \_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ (años cumplidos)

Número de Expediente: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Médico que realiza ingreso: Residente: \_\_\_\_ General \_\_\_\_ Especialista: \_\_\_\_\_

**II. COMPONENTES A OBSERVAR****Valoración Clínica**

Hoja evolución:

Examen físico

Llenado de boleta de notificación obligatoria

Define Plan de Tratamiento

Aspectos que llaman la atención: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

-Referencia a otros servicios: \_\_\_\_\_

**Valoración Psicológica**

Fecha solicitud de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de intervención: \_\_\_\_\_

Define plan de intervención respectivo

Anotaciones de indicaciones dadas a paciente y su familia

Anotaciones de respuesta del paciente y familia a indicaciones dadas.

Limitaciones que se identifican para llevar cabo plan de atención

**Valoración social**

Fecha solicitud de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de intervención: \_\_\_\_\_

Define plan de intervención respectivo

Anotaciones de indicaciones dadas a paciente y su familia

Anotaciones de respuesta del paciente y familia a indicaciones dadas.

Limitaciones que se identifican para llevar cabo plan de atención

#### **Valoración psiquiátrica**

Fecha solicitud de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de intervención: \_\_\_\_\_

Define plan de intervención respectivo

Anotaciones de indicaciones dadas a paciente y su familia

Anotaciones de respuesta del paciente y familia a indicaciones dadas.

Limitaciones y/o dificultades que se identifican para llevar cabo plan de atención a seguir.

#### **Valoración por CEINA**

Fecha solicitud de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de intervención: \_\_\_\_\_

Define plan de intervención respectivo

Anotaciones de indicaciones dadas a paciente y su familia

Anotaciones de respuesta del paciente y familia a indicaciones dadas.

Limitaciones y/o dificultades que se identifican para llevar cabo plan de atención a seguir.

#### **Atención de enfermería**

Fecha de inicio de intervención: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización de intervención: \_\_\_\_\_

Define plan de intervención respectivo

Anotaciones de indicaciones dadas a paciente y su familia

Anotaciones de respuesta del paciente y familia a indicaciones dadas.

Limitaciones y/o dificultades que se identifican para llevar cabo plan de atención a seguir.

#### **Otras intervenciones: \_**

Cuáles: \_\_\_\_\_

Resultados:

---



---

### **III. OBSERVACIONES**

Motivo ingreso:

Factor (es) prolonga (n) estancia

---



---



---



## ANEXO # 2

ENCUESTAUNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA  
(UNED)

La presente encuesta tiene como finalidad conocer la opinión del personal de salud en relación con el manejo que los servicios de salud brindan a los niños y niñas víctimas de abuso físico, psicológico, sexual y negligencia.

Le solicitamos su colaboración contestando esta encuesta:

- No se trata de un examen, por lo que **no hay respuestas buenas ni malas**, su opinión es lo más importante.
- Es de suma importancia que usted conteste con sinceridad, ya que su opinión será útil para mejorar la atención que se brinda a los niños víctimas de violencia. **Por favor** no deje de responder ninguna pregunta.
- La información que usted proporcione es **anónima y confidencial** por lo que su formato se entregará en sobre cerrado.
- Su participación es **totalmente voluntaria** y puede interrumpirla en cualquier momento sin que esto tenga ninguna **consecuencia negativa** para usted.
- La información será de gran utilidad y será empleada con fines estadísticos para retroalimentar y mejorar la prestación del servicio de salud al niño o niña agredido.

***INSTRUCCIONES DE LLENADO***

1.	El cuestionario consta de 6 secciones, cada sección se identifica por un número romano. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas. En algunas preguntas siga las indicaciones que guían el llenado, estas indicaciones están en letra cursiva y entre paréntesis.
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marque una “X” sobre el número que corresponda a SU respuesta.</li> <li>• Coloque en el cuadro el (los) número(s) que corresponde(n) a SU respuesta(s).</li> </ul>
3.	Algunas preguntas tienen continuidad, por favor siga la flecha correspondiente.

I. SECCIÓN														
<b>S1. ¿Cuál es su edad?</b>  <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;"><b>Número</b></p>	<b>S2. Sexo:</b>  1. Masculino 2. Femenino	<b>S3. Estado civil:</b>  1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Divorciado(a) 4. Separado(a) 5. Unión libre <b>6. Viudo(a)</b>												
<b>S4. ¿Tiene usted hijos?</b>  1. Sí 2. No	<b>S5. Profesión:</b>  1. Médico(a) general 2. Pediatra 3. Enfermera (o) 4. Auxiliar de enfermería 5. Especialista en otra área (psicología, psiquiatría, trabajo social etc)	<b>S6. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene?</b>  <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">Número</p>												
<b>S7. ¿Cuántos años tiene de brindar sus servicios a niños víctimas de abuso que son hospitalizados en el Hosp.Dr. Escalante Pradilla?</b>  <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>														
II. SECCIÓN														
<b>P1. Conoce las Normas de Atención Integral a Niños (as) agredidos?</b>  1. No 2. Si  <div style="text-align: center;">             ↓              ¿La ha leído?           </div> 1. No ⇒ ¿Porqué? _____ 2. Si _____	<b>P2. ¿Durante su formación y/o después de ella recibió capacitación o cursos sobre maltrato infantil?</b>  <div style="text-align: right;"><i>Marque con una X si:</i></div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Obligatorios</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Optativos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. En la carrera</td> <td style="text-align: center;">¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. En la especialidad</td> <td style="text-align: center;">¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Después de su Formación</td> <td style="text-align: center;">¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Obligatorios	Optativos	1. En la carrera	¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	2. En la especialidad	¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	3. Después de su Formación	¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
	Obligatorios	Optativos												
1. En la carrera	¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>												
2. En la especialidad	¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>												
3. Después de su Formación	¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>												
<b>P3. Desde que ingresó a laboral en el Hospital Dr. Escalante Pradilla ha recibido algún curso y/o capacitación sobre las Normas y Procedimientos para la Atención del maltrato Infantil?</b>  1. No 2. Si  <div style="text-align: center;">             ↓              ¿Cuántos? <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">Número</p>	<b>P4. Marque la que cree correcta. Se conoce el abuso infantil:</b> 1. “como todo comportamiento originado en una relación de poder, que lesione los derechos de las personas menores de edad”. 2. “como todo comportamiento originado en una relación de poder, que lesione los derechos sin merecerlo, de las personas menores de edad”. 9. No sabe													



<p>En relación con las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar (concretamente violencia infantil) se le <u>agradecería</u> contestar las siguientes preguntas:</p>	
<p><b>P5. La definición de violencia intrafamiliar es:</b> “Acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad y el derecho al pleno desarrollo de otras personas en la familia y que afecta especialmente a mujeres, niñas(os), ancianas(os)”</p> <p>1. No 2. Si 9. No sabe</p>	<p><b>P6. ¿Cuáles son los principales tipos de abuso infantil que existen? (Puede elegir más de una opción)</b></p> <p>1. Físico 2. Sexual 3. Síndrome de Munchausen by proxy 4. <b><u>Prenatal</u></b> 5. Todos los anteriores 9. No sabe</p>
<p><b>P7. Mencione 2 factores de riesgo asociados al abuso infantil (sexual, físico, psicológico, negligencia) son:</b></p> <p>1. Redes de apoyo familiar o comunal 2. Percepción del niño o niña como un objeto. 9. No sabe</p>	<p><b>P8. ¿Ud. considera que existe resistencia por algunos miembros del personal de salud, cuando un niño víctima de violencia es hospitalizado, para poner la denuncia ante la fiscalía o el organismo de investigación judicial?</b></p> <p>1. Sí 2. No 9. No sabe</p>
<p><b>P9. Cuando un niño sufre maltrato y le expresa a usted la situación que está viviendo, usted...</b> <i>(Marque las 3 opciones más importantes)</i></p> <p>1. <b><u>Conserva la calma y le dice que le cree</u></b> 2. Muestra poco interés y cambia de tema 3. Escucha con atención y no le culpabiliza 4. Busca la manera de protegerle 5. Muestra calidez y aclara sus inquietudes 9. No sabe que hacer</p>	<p><b>P10. En su opinión, de las siguientes 3 opciones ¿Cuál es en orden de importancia (donde 1 es la más importante y 3 la menos importante) la orientación básica que se le debería de brindar a una persona que hospitaliza a un niño que presenta maltrato infantil? (Puede elegir más de una opción)</b></p> <p>1. <b><u>Informa sobre servicios de apoyo</u></b> 2. Informa sobre obligatoriedad de denuncia 3. Informa sobre las leyes que protegen al niño/a 4. No creo que las anteriores sean de importancia. 9. No sabe</p>
<p><b>P11. ¿Conoce usted cuál es el porcentaje aproximado de casos de niños y niñas que han sufrido algún tipo de maltrato alguna vez en su vida?</b></p> <p>1. Menor del 10% 2. 10-30% 3. 40% 4. 70% 9. No sabe</p>	<p><b>P12. ¿La violencia que sufren los niños (as) puede ocurrir en cualquier sector social, económico y/o educativo?</b></p> <p>1. <b><u>No</u></b> 2. Si 9. No sabe</p>
<p><b>P13. Mencione las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) o Institución Gubernamental a la que pueda referir a los niños (as) víctimas de violencia en su localidad.</b></p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p>	<p><b>P14. ¿Cuál es la Ley que proteja al niño que es víctima de violencia?</b> <b><u>¿Cuál?</u></b> _____</p> <p>1. <b><u>No existe</u></b> 9. <b><u>No sé</u></b></p>

**P15. De las siguientes explicaciones ¿Cuáles considera usted que sean las dos causas más importantes que originan el maltrato contra los niños (as)?**

*(Marque las 2 opciones más importantes; colocando el número 1 al factor que usted considera más importante y 2 al segundo en importancia)*

- Padres o madres que fueron agredidos en su infancia \_\_\_\_\_
- Factores biológicos (hormonas, genes) \_\_\_\_\_
- No se sabe \_\_\_\_\_
- Nivel socioeconómico bajo y falta de empleo \_\_\_\_\_
- Factores psicológicos: personalidad violenta en el hombre o la mujer \_\_\_\_\_
- Otra (Especifique) \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

### III. SECCIÓN

**Q1. ¿Realiza preguntas específicas para identificar casos de niños (as) víctimas de violencia?**

1. **Siempre**
2. Raramente
3. Sólo cuando sospecho que se trata de un caso
4. Casi Nunca
5. Nunca
6. Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**Q2. ¿Ha identificado casos de niños (as) víctimas de violencia?**

*(Aunque no los registre o no dé alguna atención)*

1. **No**
2. **Si**



¿Cuántos casos de niños víctima de violencia ha podido identificar durante los últimos 3 meses?

Escriba el número

**Q3. Mencione cuáles son los daños físicos que usted ha identificado o piensa que pueden presentar los niños (as) que sufren de violencia.**

*(Escriba brevemente los daños físicos)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Q4. Mencione cuáles son los daños psicológicos / emocionales que usted ha visto o piensa que pueden presentar más frecuentemente los niños que sufren de violencia.**

*(Escriba brevemente los daños psicológicos)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Q5. Mencione cuáles son los daños sexuales que usted ha visto o piensa que pueden presentar más frecuentemente los niños (as) que sufren de violencia.**

*(Escriba brevemente los daños sexuales)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Q6. ¿Cuál cree usted que sea el papel que actualmente desempeña el personal de salud en la identificación de los casos de niños (as) víctimas de violencia?**

*(Marque solamente una opción)*

1. **No estar interesado en identificar los casos**
2. **Estar interesado, pero sin hacer algo que ayude a los niños (as) maltratados (as).**
3. **Estar interesado y hacer lo que el caso amerite**
4. **Otro**

**Especifique:** \_\_\_\_\_

**Q7. Si en alguna ocasión decidió referir algún caso ¿A dónde lo refirió?**

*(Marque una equis sobre el número)*

1. **A un(a) psicólogo(a)**
  2. Con algún trabajador o trabajadora social
  3. Al Comité de Estudio de Niño (a) Agredido.
  4.  A otra institución u ONG's especializada en estos casos
  5.  Otro sitio
- ↓  
Especifique: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de la institución, ONG's o programa donde refiere los casos de maltrato infantil.

*(Escriba el nombre completo)*

---



---



---



---



---

**Q9. En su opinión, cuáles son los principales efectos que se pueden derivar al prestar atención al niño agredido que es hospitalizado: (Marque con equis)**

1. Se protege la integridad del niño
2. Se favorece la revictimización
3. Estancia hospitalaria se prolonga
4. Niño contrae infecciones intrahospitalarias
5. Otros (Especifique):

---



---



---



---

**Q8. ¿Cuándo usted llega a tener contacto con algún niño (a) que sufre violencia ¿Qué tipo de manejo proporciona?**

*(En caso de que nunca halla tenido alguno, escriba como lo manejaría si llegara a tenerlo)*

*(Coloque dos o más números por orden de importancia, colocando el número 1 a la opción que usted considera más importante).*

1. **Refiere los casos a instituciones o profesionales**
2. Comunica situación al OIJ o Fiscalía
3. No le pregunto nada
4. Platica con el paciente y su familia tratando de ayudarles
5. Llena la boleta de notificación obligatoria del Ministerio de Salud
6. Realiza un seguimiento del caso
7. Otro

Especifique: \_\_\_\_\_

---



---

1. No sé que hacer en este tipo de casos

### IV. SECCIÓN

**R1a** ¿Cuáles considera usted que son los 3 factores institucionales más importantes que dificultan al personal de salud del Hosp. Dr. Escalante Pradilla identificar los casos de niños (as) víctimas de violencia?

**R1b.** ¿Cuáles considera usted que son los factores institucionales más importantes que dificultan que el personal de salud del Hosp. Dr. Escalante Pradilla refiera adecuadamente los casos de niños (as) víctimas de violencia?

*(Coloque el número 1, 2 y 3 siendo el 1 el más importantes y 3 el tercero en importancia )*

1. Falta de privacidad en la consulta.....
2. Poca capacitación sobre el tema.....
3. Temor a involucrarse en asuntos legales.....
4. Falta de apoyo institucional .....
5. Falta de tiempo en la consulta.....
6. Otra causa (Especifíquela abajo).....

**R1a.**


**R1b.**


Especifique: 1.1 \_\_\_\_\_

Especifique: 1.2 \_\_\_\_\_

**R2.a** ¿Qué factores de la práctica médica cree usted que dificultan la identificación de casos de niños (as) víctimas de violencia?

**R2.b** ¿Qué factores de la práctica médica considera usted dificultan la referencia de los casos de niños (as) víctimas de violencia?

*Por favor, contestar esta pregunta sin importar su puesto o profesión*

*(Coloque el número 1, 2 y 3 siendo el 1 el más importante y 3 el tercero en importancia )*

1. El carácter privado de la violencia .....
2. El personal de salud piensa que no debe intervenir.....
3. Es difícil identificar y tratar los casos en el desempeño de la...  
práctica médica
4. Es incomodo el identificar y tratar este tipo de problemas .....
5. Falta de conocimiento del tema .....
6. Falta de información sobre el seguimiento
7. Otra causa (Especifíquela abajo).....

**R2a.**


**R2b.**


Especifique: R2.a \_\_\_\_\_

Especifique: R.2b \_\_\_\_\_

### V. SECCIÓN

A partir de esta sección se le presentan una serie de aseveraciones específicas, las cuales *se le agradece* conteste colocando el número de su elección en la columna de respuesta y de acuerdo a las 6 opciones siguientes:

1= Completamente de acuerdo

2= De acuerdo

3= Más de acuerdo que en desacuerdo

4= Más en desacuerdo que de acuerdo

5= En desacuerdo

6= Completamente en desacuerdo

Respuesta

1	Los casos de niños y niñas abusados o agredidos sólo corresponden a trabajo social.	
2	La violencia contra un niño o niña en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de esta persona.	
3	Los casos de niños y niñas agredidas son un problema de salud.	
4	El personal de salud es el más adecuado para la referencia de niños y niñas víctimas de maltrato hacia las instituciones especializadas en manejar estos casos.	
5	Los casos de niños y niñas que sufren algún tipo de abuso (físico, sexual etc...) no es un problema que se presenta en la práctica médica.	
6	Al personal de salud que le corresponde atender a niños (as) agredidos (as) poco les interesa la situación personal de éstos.(as)	
7	No es útil registrar los casos de niños (as) que sufren maltrato y son detectados en su intervención	
8	Los casos de niños (as) víctimas de maltrato son posibles de identificar en la consulta de rutina.	
9	Instruir al personal de salud durante su formación sobre la atención del maltrato Infantil, no es tan importante como el instruirlos en los tratamientos de las enfermedades.	
10	<b><u>Un niño (a) que vive un maltrato crónico puede llegar a suicidarse.</u></b>	
11	Las consecuencias del maltrato infantil no van más allá de contusiones y hematomas.	
12	Es necesario que en las especialidades médicas se impartan cursos sobre la atención de niños (as) víctimas de violencia.	
13	Los casos de niños (as) que sufren violencia psicológica/verbal por parte de sus encargados o cuidadores son un problema en la práctica médica.	
14	No es necesario que se imparta instrucción sobre maltrato infantil durante la formación del personal de salud, ya que la violencia infantil no es un problema de salud.	
15	Para que el personal de salud realice preguntas sobre violencia, si se sospecha, se debe incluir en la historia clínica preguntas sobre el tema.	
16	No es útil la prevención del maltrato infantil ya que es un problema social.	
17	La violencia contra un niño (a) es un problema privado y personal de las familias, sin embargo el personal de salud debería hacer preguntas sobre estos aspectos.	
18	Detectar casos de violencia contra los niños (as) no es tan relevante como detectar casos de cáncer cervicouterino.	
19	La violencia que se ejerce en detrimento de un niño o niña repercute de manera muy importante sobre su salud	
20	Identificar los casos de niños (as) maltratados no debería ser una más de las funciones del personal de salud.	
21	El expresar y sentir sentimientos de empatía hacia los niños(as) víctimas de maltrato, no suele estar presente en el personal de salud.	
22	En la historia de la humanidad siempre han existido niños agredidos por ello es inútil acabar con este problema.	
23	El rechazo y resistencia ante la atención de un niño agredido no suelen estar presentes en el personal de salud.	

1= Completamente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Más de acuerdo que en desacuerdo		4= Más en desacuerdo que de acuerdo 5= En desacuerdo 6= Completamente en desacuerdo		Respuesta
24	El maltrato infantil no es un problema serio, se trata de incidentes aislados			
25	Es necesario que el personal de salud sea capaz de proporcionar tratamiento psicológico a los niños (as) víctimas de maltrato.			
26	Referir los casos de niños (as) agredidos no debe ser labor del personal de salud.			
27	La atención médica (en comparación con la atención jurídica, social y psicológica) carece de importancia en relación al manejo que se pueda dar a un niño (a) maltratado.			
28	Para que el personal de salud identifique y registre los casos de niños (as) víctimas de maltrato, no es necesario que se reglamenten políticas institucionales			
29	La intervención médica, es poco adecuada para el tipo de respuesta que requiere un niño (a) que sufre maltrato.			
30	El caso de un niño (a) que es víctima de maltrato es un problema que rebasa los alcances de la práctica del personal de salud y por lo tanto se debe de referir.			
31	En general, la atención en salud al niño abusado no es de interés para el personal de salud.			
32	El fatalismo es una constante en el quehacer del personal de salud que atiende a niños agredidos.			
33	Todo niño que presenta una sospecha de abuso, no es culpable del daño que ha recibido.			
34	La atención de niños agredidos no genera frustración e impotencia en el personal de salud.			
35	Los casos de niños (as) víctimas de maltrato es un problema poco relevante durante la consulta.			
36	El personal de salud debe contar con conocimientos para realizar diagnósticos diferenciales e identificar a los niños (as) víctimas de violencia en situaciones de riesgo.			
37	Es necesario recomendar a encargados o cuidadores de niños agredidos que busquen ayuda en servicios como: trabajo social, psicología u otros			
<b>VI. SECCIÓN</b>				
1. Qué tan importante considera que es la capacitación sobre violencia contra los niños (as)?		2. ¿Qué contenidos temáticos piensa que deben incluirse en una capacitación sobre violencia contra los niños (as)?  <i>(Escriba brevemente por orden de importancia)</i>		
1. <b><u>Muy importante</u></b> 2. <b><u>Importante</u></b> 3. <b><u>Regular</u></b> 4. <b><u>Poco importante</u></b> 5. <b><u>No es importante</u></b>		1. _____ 2. _____ 3. _____		

*Gracias por su participación!!!*

**ANEXO 3: ANALISIS DE EXPEDIENTES PRESENTACION ANUAL:****ANO 2002 Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 13***Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
3	Paciente es hospitalizado en un fin de semana -Requiere valoración de trabajo social hospitalario -Esta se ejecuta en lapso menor a 3 días.	
6	Valoración solicitada a trabajo social y psicología no se realiza con prontitud. Razones: Demora en entrega de interconsulta a TS. 2 “no estaba el psicólogo”: 1 caso. “TS no valoró ayer porque estaba de gira”, “no se encontraba”: 1 caso No especificadas: 2 casos.	
1	Paciente completando tratamiento clínico.	
3		Espera resultado de valoración PANI

**ANO 2003****Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 27**

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
2	Paciente es hospitalizado en un fin de semana -Requiere valoración de trabajo social hospitalario -Esta se ejecuta en lapso menor a 3 días. (Ej: #27-2003)	
1	Paciente es hospitalizado en un fin semana -Requiere valoración trabajo social hospitalario -Esta se realiza en más de tres días.	
5	Paciente hospitalizada entre semana - Requiere valoración de trabajo social hospitalario -Esta se realiza en más de tres días	
1	Paciente adquiere <u>infección nosocomial</u> mientras espera resolución del Patronato Nacional de Infancia (PANI)	

ANO 2003

Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 27

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*



**Número de casos****Factores Internos****Factores Externos**

4

Valoración solicitada a trabajo social o psicología no se realiza con prontitud. Razones:  
 Demora en entrega de interconsulta a TS: 1 caso  
 Problema de comunicación entre TS y servicio Escolares: 1 (ej. **#23-2003**)  
 No especificadas: 2 casos

1

Espera resultado de valoración odontológica y de laboratorio: 1 caso (ej. **#4-2003**).

1

Fiscalía solicita mantener hospitalización por carácter nómada de familia (ej. #26-2003)

ANO 2003

**Número de casos****Factores Internos****Factores Externos**

12

Espera resultado de valoración de PANI

2004

Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 21

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos

Factores Internos

Factores Externos

6

Espera resultado de valoración  
de PANI.

- 3 Paciente hospitalizada entre semana  
 - Requiere valoración de trabajo social hospitalario  
 -Esta se realiza en más de tres días (ej. **#17-2004**)
- 4 Valoración solicitada a trabajo social o psicología no se realiza con prontitud. Razones:  
 “ts que lleva el caso se encuentra incapacitada”:1 (ej. **#4-2004**)  
 Demora en entrega de interconsulta a ts: 1 (ej. **#10-2004**)  
 No se especifican: 2
- 1 Paciente completando tratamiento clínico

2004

Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 21

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
2		Espera de valoración médico forense (sí hubo denuncia desde su ingreso). (ej. <b>#11-2004</b> )
4	Paciente es hospitalizado en un fin de semana	

- Requiere valoración de trabajo social hospitalario
- Esta se ejecuta en lapso menor a 3 días.

1

Espera de que fiscalía concrete acción de privación de libertad de presunto ofensor.

2005

Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 24

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos

Factores Internos

Factores Externos

6

Paciente es hospitalizado en un fin de semana  
 -Requiere valoración de trabajo social hospitalario  
 -Esta se ejecuta en lapso menor a 3 días.  
 (Ej: #2-2005), (Ej: #11-2005)

4

Paciente adquiere infección nosocomial mientras espera resolución del Patronato Nacional de Infancia  
 -PANI (ej. **#9, #3, #20 -2005**)

4 Valoración solicitada a trabajo social o psicología no se realiza con prontitud. Razones:  
 Demora en entrega de interconsulta a Trabajo social: 3  
 (Ej: #4, #22-2005)  
 Demora en entrega de interconsulta a psicología: 1

1 Se refiere a ts luego de descartar causa orgánica : 1  
 (Ej: #14-2005)

2005

**Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 24**

3 Paciente es hospitalizado en un fin semana  
 -Requiere valoración trabajo social hospitalario  
 -Esta se realiza en más de tres días (Ej: #5, #8 -2005)

1 Paciente completando tratamiento clínico

1 Espera resultado de valoración de PANI

3 Paciente hospitalizado entre semana  
 Requiere valoración de trabajo social hospitalario  
 Esta se realiza en más de tres días (Ej: #6, #21 -2005)

1 Espera de conclusión de valoración psiquiátrica

2006

Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 10

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
2	Paciente es hospitalizado en un fin de semana -Requiere valoración de trabajo social hospitalario -Esta se ejecuta en lapso menor a 3 días. (Ej: #2-2005) (Ej: #10-2006)	
2		Espera resolución PANI
2	Valoración solicitada a trabajo social o psicología no se realiza con prontitud. Razones: No especificadas: 2	
3	Paciente completando tratamiento clínico	

- 1 -Caso no denunciado por personal de salud desde su ingreso  
- Favorece retraso de valoración forense (Ej: #6-2006)

**ANEXO 4: ANÁLISIS DE EXPEDIENTE PRESENTACIÓN GLOBAL: ANOS 2002-2006**

**Número de casos que presentan estancia hospitalaria prolongada (EHP): 95**

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
20	Valoración solicitada a trabajo social o psicología no se realiza con prontitud. Razones: “ts que lleva el caso se encuentra incapacitada”:1 (ej. #4-2004) Demora en entrega de interconsulta a Trabajo social: 7 (ej. #10-2004), (Ej: #4, #22-2005) Demora en entrega de interconsulta a psicología: 1 “no estaba el psicólogo”: 1 caso “TS no valoró ayer porque estaba de gira”, “no se encontraba”: 1 Falta de coordinación entre Trabajo Social y Servicio de Escolares: 1 (ej. #23-2003) No especificadas: 8 casos.	
1	Espera resultado de valoración odontológica y de laboratorio (ej. #4-2003).	
1	Espera de conclusión de valoración psiquiátrica	

6 Paciente completando tratamiento clínico.

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
1	En paciente se descarta causa orgánica y se observa por S.N.A (Ej: #14-2005)	
1	-Caso no denunciado por personal de salud desde su ingreso - Favorece retraso de valoración forense (Ej: #6-2006)	
5	Paciente adquiere <u>infección nosocomial</u> mientras espera resolución del Patronato Nacional de Infancia (PANI) (ej. #9, #3, #20 -2005)	
17	Paciente es hospitalizado en un fin de semana -Requiere valoración de trabajo social hospitalario -Esta se ejecuta en lapso <i>menor</i> a 3 días (Ej: #27-2003), (Ej: #2-2005), (Ej: #11-2005) (Ej: #2-2005), (Ej: #10-2006)	



*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
4	Paciente es hospitalizado en un fin semana -Requiere valoración trabajo social hospitalario -Esta se realiza en <b>más</b> de tres días (Ej: #5, #8 -2005)	
11	Paciente hospitalizado entre semana - Requiere valoración de trabajo social hospitalario -Esta se realiza en <b>más</b> de tres días (ej.#17-2004) (Ej: #6, #21 -2005)	
1		Espera de que fiscalía concrete privación de libertad de presunto ofensor
1		Fiscalía solicita mantener hospitalización por carácter nómada de familia (ej. #26- 2003)

*Factores que prolongan estancia hospitalaria*

Número de casos	Factores Internos	Factores Externos
-----------------	-------------------	-------------------

2	Espera de valoración médico forense ( <i>si</i> hubo denuncia desde su ingreso) (ej. #11-2004)
24	Espera resultado de valoración PANI

**ANEXO #5: ANALISIS DE REVISION DE EXPEDIENTES,  
PRESENTACION DETALLADA**

**CASOS EXTREMOS DE ESTANCIA PROMEDIO (ESTANCIA PROLONGADAS: 2. DS).**

**AÑO: 2002**

**ENERO**

**1. Número de expediente:** 6 39 36 58

**Ingreso:** 31 diciembre 2001 **Egreso:** 9 enero 2002 **Días de estancia:** 10 días

**Principales hallazgos**

Fem., 11 años, ingresa por adolescente que sufre abuso sexual desde los 5 años presunto ofensor padre biológico, madre conoce de situación. Caso requirió intervenciones de denuncia ante el OIJ, trabajo social, PANI, laboratorio

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa a fines del año 2001. Es importante contemplar periodo de días feriados (1 enero 2002). El caso fue denunciado no desde su ingreso sino hasta el 3 de enero. O sea, 3 días después de su internamiento.

✓Caso es presentado al PANI el jueves 3 enero. El PANI resuelve el caso hasta el 9 de enero, es decir 10 días después de su internamiento. Es importante acotar, que esta Institución no labora los fines de semana, por lo que los días 5 y 6 de enero la niña debió permanecer hospitalizada en espera de resolución del PANI.

**Impresión de investigadora:**

Los fines y principios de año el personal de salud y de otras instituciones tiende a ser escaso. En este caso este internamiento se prolongó: por presentarse en ese período y además, por la poca celeridad del PANI en resolver con qué recurso familiar podía egresar la niña.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Capacitar al personal de salud de los servicios de observación y emergencias, sobre los diversos aspectos a contemplar en la valoración preliminar de un menor de edad que se encuentre expuesto a riesgo. Insistir en la importancia de referir los casos, aunque no ameriten internamiento, a Trabajo Social a fin de profundizar en dicha valoración preliminar.

**FEBRERO**

**2. Número de expediente:** 11 67 32 93

**Ingreso:** 8 febrero **Egreso:** 15 febrero 2002 **Días de estancia:** 8 días

**Principales hallazgos**

Fem., 4 años, ingresa por presentar vulvovaginitis, himen perforado, estrellado, leucorrea, descartar abuso sexual. Referida Ebais Rivas. Caso requirió intervenciones de Trabajo social, PANI,

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Interconsulta a trabajo social (ts)se indica en el expediente desde su ingreso un viernes 8 de febrero. Ts recibe interconsulta el lunes 11 febrero. Inicia valoración ese día y el 13 de febrero refiere situación al PANI y se notifica al OIJ.

✓PANI valora caso en 3 días, o sea del 13 al 15 de febrero.

**Impresión de investigadora:**

Hospitalización se prolonga por: a. Iniciarse procesos de atención integral de cara a fines de semana, en donde prácticamente trabajo social, psicología y otros servicios no laboran en esos días b. Requerir intervención de PANI para ubicación de niña en un recurso familiar. Empero, esta intervención en este caso fue relativamente rápida (del 13 de febrero al 15 de ese mes).

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Referir desde su ingreso los casos de niños y niñas agredidos a Trabajo Social así como otros servicios de apoyo: psicología, psiquiatría u otro. Contemplar siempre esta condición de salud desde una perspectiva integral.

## MAYO

**3. Número de expediente: 6 43 06 31**

**Ingreso:** 10 mayo **Egreso:** 13 mayo 2002 **Días de estancia:** 4 días

**Principales hallazgos**

Masc, 6 años, ingresa por historia de abandono y descuido por parte de familiares, se desconocen antecedentes familiares.

Caso requirió intervenciones de: nutrición, laboratorio, trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresó un viernes cerca del mediodía. Ts lo valora hasta el lunes 13 de mayo y así se decide traslado al Hosp. Tomás Casas.

**Impresión de investigadora:** Ingreso fue un viernes y requirió permanecer el fin de semana para ser valorado hasta el lunes por ts.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

## JUNIO

**4. Número de expediente: 11 43 55 97**

**Ingreso:** 3 junio **Egreso:** 10 de junio 2002 **Días de estancia:** 8 días

**Principales hallazgos**

Fem., 11 años, ingresa por SNA abuso sexual. Traída por comportamiento sospechoso de abuso sexual. La maestra la acompaña. Historia de abuso sexual reiterado. Paciente referida de Clínica de Buenos Aires. Caso requirió intervenciones de: trabajo social, odontología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Paciente inicia valoración por ts hasta el viernes 7 de junio, o sea 5 días después de su ingreso. No se especifica en expediente motivo de esta demora. Posteriormente, se indica que ts está a la espera de que la madre presente documento de denuncia respectivo. La madre lo presenta hasta el 10 de junio, o sea 8 días después de su internamiento.

**Impresión de investigadora:** Llama la atención demora de atención de ts. También, que quien llevó este caso a nivel social, indique esperar un documento de denuncia, si se pudo constatar la interposición de la denuncia por otros medios: vía telefónica, o solicitud de una copia vía fax, o bien por intermedio de Fiscalía de Pérez Zeledón.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Reforzar canales de coordinación interinstitucionales.

Remitir con prontitud las interconsultas respectivas a los servicios que requiere un niño o niña agredido.

**5 y 6. Número de expediente: 1 15 88 001**

**Ingreso:** 12 junio **Egreso:** 25 junio 2002 **Días de estancia:** 24 días

**Principales hallazgos**

Fem.7 años, ingresa por Obs. Abuso Sexual. Trastorno comportamiento.Caso requirió intervenciones: TS, PSICOL, TRASLADO AL HNN PARA VALORAR PSIQUIATRÍA INFANTIL. PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Valoración en psic y TS se da tardíamente, o sea 4 días después que la usuaria ingresa (17 de junio). Razones: “no estaba el psicólogo”, “TS está hasta el lunes”.

✓ TS solicita intervención del PANI (17 jun) para ubicación de pte. en un recurso familiar.

✓ El 21 de junio PANI solicita valoración por psiquiatría, cinco días después de haber sido referida este caso a esa Institución. Pediatría coordinó con psiq HNN (21 jun) en donde avalan dar atención previa valoración de psiq HEP, ésta se da ese mismo día. Llama la atención que aunque psiq HEP valoró caso y dejó cita seguimiento a 1 m. Pediatría insiste en valoración por psiq. HNN.

Psiquiatría HNN valora caso el 25 jun, o sea 13 días después de su ingreso.

*La paciente es trasladada el 24 de junio y reingresa 5 de julio.*

**Ingresó:** viernes 5 julio

**Egresó:** 10 julio

**Días de estancia:** 6 días

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Se solicita valoración a TS el mismo día de reingreso. No obstante, TS se encuentra en espera de resolución del PANI, quien conoce caso desde el 17 de junio, o sea, desde hacía 14 días hábiles.

✓ Esta entidad resuelve el 10 agosto, cuando niña es trasladada a un albergue. Obsérvese periodo que requirió PANI para concretizar intervención o sea, desde el 17 de junio hasta fecha de segundo egreso que fue el 10 de agosto, es decir 19 días hábiles.

**Impresión de investigadora:**

En este caso, faltó mayor agilidad en el proceso de atención integral. Las profesiones que intervienen no atienden el caso con la prontitud que requiere. Pediatría parece que discrepa del criterio del psiquiatra del HEP y persevera en que psiquiatría del HNN atienda el caso. Por su parte, el PANI conocedor de este caso desde el 17 de junio continuó con lentitud en la toma de decisiones que se iba a realizar con esta niña, finalmente decide remitirla a un albergue. Pero, la niña debió permanecer desde su segundo ingreso prácticamente 5 días más, para ser ubicada en esa instancia, pese a que PANI conocía su situación desde hacía 18 días hábiles.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Es preciso que los servicios involucrados en la atención de niños agredidos brinden prioridad a la atención de estos casos.

Las intervenciones que debe realizar el PANI se ejecuten con mayor agilidad.

Mayor coordinación entre diversas profesiones que a lo interno del centro médico deben tomar decisiones sobre los casos de abuso infantil. De ser posible, crear espacios de realimentación que ayuden a tener una perspectiva integral de los niños agredidos y sus necesidades.

**SETIEMBRE**

**7. Número de expediente: 302 373 67****Ingreso:** 4 setiembre **Egreso:** 11 setiembre 2002 **Días de estancia:** 8 días**Principales hallazgos**

Masc. 3 meses, niño que ingresa por piodermitis y para ser valorado por trabajo social por VIF además, no se le han puesto vacunas. Caso requirió intervenciones de: exámenes de laboratorio, trabajo social, cuidados enfermería.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño permanece hospitalizado hasta el 11 setiembre completando tratamiento clínico.

**Impresión de investigadora:**

Trabajo social finaliza intervención el 9 de setiembre. No se observa en expediente cuando inició valoración. No se puede precisar tiempo que duró intervención de trabajo social. Empero, se observa que el niño permaneció hospitalizado 8 días, en especial para completar tratamiento clínico.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

No se observan en este análisis.

**8. Número de expediente: 11 61 90 67****Ingreso:** 11 setiembre **Egreso:** 16 setiembre 2002 **Días de estancia:** 6 días**Principales hallazgos**

Fem, 7 años, quien ingresa por observación por SNA (abuso deshonesto por parte de tío paterno). Niña es traída por director de la escuela. Viene referida Ebais San Pablo Platanares. Caso requirió valoración por psicología, trabajo social, hubo denuncia ante el Ministerio Público, los familiares la hicieron. Al parecer fue valorada por forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un miércoles 11 setiembre, ese día se indicó en expediente interconsulta a trabajo social. No obstante, trabajo social indica que recibe ese documento hasta el viernes 13 setiembre. Ese día, se anota por parte de este servicio que: “no ha sido posible contactar a la madre”. Esta valoración continua el lunes 16 de setiembre tras la cual se decide “egreso con la madre” y se solicita valoración por psicología. En general, trabajo social duró dos días hábiles en su intervención.

✓Psicología sugiere seguimiento por parte de la corte.

**Impresión de investigadora:**

Obsérvese que es una hospitalización que se prolonga por: a. Demora de entregar interconsulta a servicio de trabajo social. b. Iniciarse procesos de atención integral de cara a fines de semana, en donde prácticamente trabajo social, psicología y otros servicios no laboran en esos días

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Llevar un instrumento que permita llevar un control de la entrega y recibo de interconsultas.

**OCTUBRE****9. Número de expediente: 64 12 941****Ingreso:** 30 octubre **Egreso:** 5 noviembre 2002 **Días de estancia:** 7 días**Principales hallazgos**

Masc, 8 años, ingresa por agresión física por parte de la madre. Es traído por director de la escuela. Caso requirió intervenciones de trabajo social, denuncia ante OIJ, PANI, exámenes de laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Ts inicia su intervención el mismo día de ingreso de este usuario. Ese día hace referencia al PANI. El PANI resuelve el caso en fecha 5 de noviembre, o sea 3 días hábiles después de que le fuese referida situación. Cabe señalar que el PANI no labora en fines de semana, (sábado 2 y domingo 3 noviembre). Pese a esta circunstancia al Hospital Dr. Escalante Pradilla, se le suman esos días como estancias hospitalarias.

✓El 1 de noviembre se indica “pendiente la valoración del medico forense”, no se indica en expediente cuándo el perito hace dicha valoración. Nótese, que al parecer no se hizo al momento del ingreso de este niño al hospital.

**Impresión de investigadora:**

La estancia hospitalaria de este usuario se vio favorecida por requerir intervención del PANI y esta Institución valorar caso en 3 días hábiles (recuérdese que esta Institución no labora ni sábados ni domingos). Para el Hospital Escalante Pradilla significó dicha intervención 5 días más de estancia hospitalaria, no obstante, para el PANI fue realizada en 3 días. De ahí la importancia de agilizar los procesos internos que posibiliten clarificar con la mayor prontitud posible, cuáles casos ameritan o no, este tipo de intervenciones. Y de ser necesario referir los casos con la mayor celeridad posible.

Otra consideración de importancia lo es: recordar que en toda intervención que se realice siempre debe de prevalecer el interés superior del niño.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Referir al PANI únicamente los casos cuya valoración integral a nivel de Centro Médico, ameriten por el nivel de riesgo detectado (alto-moderado) este tipo de intervención.

A nivel interno, lograr integrar esfuerzos y conocimientos entre las diversas profesiones que intervienen estos casos, y así lograr realizar intervenciones eficientes y eficaces.

**NOVIEMBRE**

**10. Número de expediente: 64 10 630**

*Ingreso: 19 noviembre Egreso: 6 diciembre 2002 Días de estancia: 17 días*

***Principales hallazgos***

Fem., 9 años, ingresa por SNA, paciente vive en un Albergue de PANI, supuesto abuso sexual por un hombre desconocido. Caso requirió intervenciones de ts, PANI, medico forense, psiquiatría.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un martes 19 de noviembre. No obstante es valorada por ts hasta el lunes 25 de noviembre o sea, 6 días después de su internamiento. No se especifican motivos de esta demora. Llama la atención que solicitud de valoración social se hace en el expediente desde que la niña ingresó al servicio de pediatría.

✓La niña es usuaria del PANI, esta Institución resuelve egreso el 22 de noviembre, o sea 4 días después de su internamiento. Se suspende la salida porque al parecer no se había interpuesto la denuncia. (al parecer el PANI desconocía de ello). Y así, pasa hospitalizada hasta el 6 de diciembre mientras el PANI resolvía caso.

✓Se interpone denuncia tardíamente.

**Impresión de investigadora:**

La tardanza de la intervención de ts, la cual pudo deberse a: no envió de interconsulta desde su ingreso y b. Ts no intervenga de inmediato por prestar atención a otros casos.

Impresiona también que al interponerse denuncia tardíamente, se favorece que también se retrase la valoración forense correspondiente.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Llevar un instrumento que permita controlar el envío y recibo de interconsultas.

Realizar denuncia respectiva inmediatamente que se detecta situación que impresiona ser agresión en perjuicio de un menor de edad.

**11. Número de expediente: 11 59 71 76**

**Ingreso:** 27 noviembre **Egreso:** 6 diciembre 2002 **Días de estancia:** 10 días

**Principales hallazgos**

Masc. 7 años, ingresa por observación por SNA. Agresión física y psicológica por parte de padrastro. Traído por director de la Escuela.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Trabajo social recibe interconsulta el mismo día de su ingreso. No obstante, refiere el caso al PANI, no se logra saber qué día realiza esta intervención. El PANI resuelve el caso el 6 de diciembre. La denuncia ante el OIJ se hizo el mismo día de ingreso al hospital.

**Impresión de investigadora:** Impresiona que fue la valoración del caso por parte del PANI, el factor que favoreció la prolongación de esta estancia.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en intervenciones que realice el PANI.

**DICIEMBRE****12. Número de expediente: 11 65 48 48**

**Ingreso:** 11 diciembre **Egreso:** 16 diciembre 2002 **Días de estancia:** 6 días

**Principales hallazgos**

Masc., 6 años, ingresa por abuso sexual aparentemente el agresor es un hermano de 19 años. Caso requirió intervenciones de medico forense, trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Caso ingresa un miércoles 11 de diciembre y no se indica en expediente la solicitud de valoración por trabajo social. Sino hasta el viernes 13 diciembre se hace dicha anotación. Llama la atención que a su ingreso se anote: "paciente ingresa para ser valorada por forense".

✓ Ts inicia su intervención hasta el lunes 16 de diciembre, en este caso la valoración fue realizada en un día.

✓ La niña requirió valoración por medico forense, llama la atención que el 15 diciembre se indique "debe ser valorada por forense". Una vez que ts inicia valoración constata que la niña ya ha sido valorada por forense. El forense no hace anotación de cuando realizó su peritaje.

**Impresión de investigadora:** En este caso parece omitirse la intervención de trabajo social desde el ingreso de la niña al servicio de pediatría, o sea, solo se contempla hospitalizar a la usuaria para ser valorada por medico forense. Posteriormente, se decide enviar interconsulta a ese servicio para valorar factores de riesgo y así se inicia intervención hasta el lunes próximo (luego del fin de semana). Durante el transcurso de ese fin de semana impresiona que personal de salud que atiende caso observa que la niña no ha sido valorada por forense. Finalmente, es valorada por trabajo social quien interviene caso y verifica que se haya realizado peritaje forense y la niña egresa.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**



Que el personal de salud tenga una perspectiva de atención integral al intervenir estas situaciones infantiles. Así, que se realicen capacitaciones orientadas a sensibilizar y compartir conocimientos sobre el manejo hospitalario que deben recibir este tipo de usuarios.

**13. Número de expediente: 6402 655**

**Ingreso:** 6 diciembre **Egreso:** 17 diciembre 2002 **Días de estancia:** 12 días

**Principales hallazgos**

Fem., 10 años, ingresa por abuso sexual. Niña proviene de un albergue del PANI con conducta masturbativa y de acoso a otros niños, niña con retraso psicomotor (RM). Caso requirió intervenciones de psiquiatría, trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

- ✓ El ingreso se da en un fin de semana concretamente viernes 6 de diciembre.
- ✓ Al momento de su ingreso se indica en el expediente valorar por psiquiatría. No se observa indicación de valoración por ts desde su ingreso. El 8 de diciembre se indica “pendiente valorar por ts”. El 13 de diciembre, o sea 8 días después de su internamiento se indica: “ts no valoró ayer porque ts estaba de gira”. Llama la atención que ts inicie intervención correspondiente hasta el 17 de diciembre, es decir 12 días después de su internamiento. No se especifica el motivo de esta demora. Y, en general lo que tardó valorando caso fue 1 día.
- ✓ La valoración psiquiátrica se observa fue realizada con prontitud, o sea el mismo día de ingreso. Llama la atención que el 14 de diciembre se indique: “paciente debe ser revalorada por psiquiatría”. No se observa en expediente esta segunda valoración.

**Impresión de investigadora:** Desde mi punto de vista ts incurrió en significativa demora de intervención. Se desconocen motivos de ello. Es importante, subrayar importancia de atender con prontitud los casos de niños agredidos, por la complejidad que involucran y la variedad de coordinaciones que se deben promover para garantizar el bienestar bio-psicosocial de estos niños.

El PANI como tal no afectó esta estancia, reacuérdese que la niña provenía de un albergue.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en las atenciones de menores de edad agredidos, y así que se desarrollen con carácter de prioridad y que existan mejores canales de coordinación entre los diversos servicios llamados a dar atención integral a estos usuarios.

2003

**ENERO**

**1. Número de expediente: 11 42 15 15**

**Ingreso:** 28 diciembre **Egreso:** 14 enero 2003 **Días de estancia:** 18 días

***Principales hallazgos***

Fem., 12 años, quien es referida Clínica de Buenos Aires por víctima de agresión con huellas mordedura humana, al parecer fue la madre en estado etílico. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un sábado, o sea en un fin de semana. Aunado a ello, el periodo de hospitalización se ubicó en un fin y principio de año. Lapsos en los que usualmente, los servicios sociales se encuentran cerrados o no laboran con la regularidad de siempre.

✓Espera de resolución del PANI.

✓TS logra coordinar con el PANI hasta el 8 de enero, o sea 12 días después de su internamiento. Esta Institución realiza su intervención del 8 al 14 enero, lapso en el cual niña debió permanecer otro fin de semana para así concretizarse labor del PANI en un lapso de 5 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** Según se desprende de revisión de expediente este caso fue valorado por TS el 31 de diciembre. El 3 enero 2003 se indicó “se coordinará con el PANI”.

El periodo de hospitalización en un fin y principio de año, suele generar estancias hospitalarias en especial si las situaciones atendidas ameritan intervención del PANI. En este caso el PANI abrió sus oficinas hasta el 6 de enero.

Llama la atención que TS coordine con el PANI hasta el 8 de enero, se desconoce los motivos de esta tardanza (no se encuentran anotaciones en ese sentido). Es necesario que se agilicen las atenciones de menores de edad agredidos, y como tales se ubiquen en atenciones de prioridad por la complejidad que suelen presentar y las valoraciones de riesgo que se deben efectuar para salvaguardar la integridad de los niños y niñas.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en las atenciones de menores de edad agredidos, y así que se desarrollen con carácter de prioridad y que existan mejores canales de coordinación entre los diversos servicios llamados a dar atención integral a estos usuarios.

***2. Número de expediente: 11 42 15 16***

**Ingreso:** 28 diciembre **Egreso:** 14 enero 2003 **Días de estancia:** 18 días

***Principales hallazgos***

Fem., 12 años, quien es referida Clínica de Buenos Aires por víctima de agresión con huellas mordedura humana, al parecer fue la madre en estado etílico. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un sábado, o sea en un fin de semana. Aunado a ello, el periodo de hospitalización se ubicó en un fin y principio de año. Lapsos en los que usualmente, los servicios sociales se encuentran cerrados o no laboran con la regularidad de siempre.

✓Espera de resolución del PANI. Esta Institución realiza su intervención del 8 al 14 enero, lapso en el cual niña debió permanecer otro fin de semana para así concretizarse labor del PANI en un lapso de 5 días hábiles.

✓TS logra coordinar con el PANI hasta el 8 de enero, o sea 12 días después de su internamiento.

**Impresión de investigadora:** Según se desprende de revisión de expediente este caso fue valorado por TS el 31 de diciembre. El 3 enero 2003 se indicó “se coordinará con el PANI”.

El periodo de hospitalización en un fin y principio de año, suele generar estancias hospitalarias en especial si las situaciones atendidas ameritan intervención del PANI. En este caso el PANI abrió sus oficinas hasta el 6 de enero.

Llama la atención que TS coordine con el PANI hasta el 8 de enero, se desconoce los motivos de esta tardanza (no se encuentran anotaciones en ese sentido). Es necesario que se agilicen las atenciones de menores de edad agredidos, y como tales se ubiquen en atenciones de prioridad por la complejidad que suelen presentar y las valoraciones de riesgo que se deben efectuar para salvaguardar la integridad de los niños y niñas.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en las atenciones de menores de edad agredidos, y así que se desarrollen con carácter de prioridad y que existan mejores canales de coordinación entre los diversos servicios llamados a dar atención integral a estos

usuarios.

## MARZO

### 3. Número de expediente: 11 49 89 12

*Ingreso:* 17 marzo    *Egreso:* 21 marzo 2003    *Días de estancia:* 5 días

#### *Principales hallazgos*

Fem., 10 años, quien ingresa por SNA, cuadro de ansiedad impulsividad en gran medida por la conducta de la madre. Tiene antecedentes de abuso sexual por padre (privado de libertad). Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio.

#### *Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:*

✓ TS inicia intervención 19 de marzo y la finaliza el 20 de marzo. No se especifican motivos de retraso de intervención social desde su ingreso, o sea desde el lunes 17 de marzo.

✓ Psiquiatría decide ingresar caso. Así la valora inicialmente el 17 de marzo y finaliza intervención el 20 de marzo, es decir 4 días después de su internamiento. Define egreso con cita a una semana.

#### **Impresión de investigadora:**

A mi modo de ver esta estancia se vio favorecida por el retraso de la intervención social. La cual se observa se llevó a cabo en un periodo de 2 días. No quedan claros los motivos de que se inicie valoración social al tercer día de internamiento. Posibles respuestas: no entrega de Interconsulta a TS, recargo de funciones etc...

#### **Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Se dé mayor agilidad en atención de estos usuarios. Así, que se atiendan con la prioridad que requieren.

## ABRIL

### 4. Número de expediente: 11 75 61 99

*Ingreso:* 5 de abril                      *Egreso:* 10 abril 2003                      *Días de estancia:* 6 días

#### *Principales hallazgos*

Masc, 4 años, quien ingresa por diagnóstico SNA, observación por violación, presunto ofensor adolescente. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio

#### *Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:*

✓ Niña ingresó un sábado, es decir en un fin de semana, debió esperar hasta el lunes siguiente para ser valorada por TS. Esta valoración no se precisa cuándo se inició pero se observa que finalizó el miércoles 9 de abril.

✓ El 9 de abril se indicó valorar por odontología, lugar en donde es valorada y dada de alta el 10 de abril. Probablemente, dicha valoración se habría logrado realizar durante los primeros tres días hábiles de su ingreso, si se hubiese indicado desde el ingreso de la usuaria.

✓ Los exámenes de laboratorio: VDRL, VIH se indicaron desde el ingreso. No obstante, el examen de frotis secreción anal se solicitó hasta el 8 de abril.

**Impresión de investigadora:** Los ingresos en fines de semana suelen generar estancias hospitalarias prolongadas. Además, el no indicar desde el ingreso del paciente la referencia a servicios de apoyo como Odontología, podría observarse como una circunstancia que favorece la estancia.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

La denuncia al Ministerio Público se interpuso desde su ingreso al hospital.

La valoración de TS fue realizada dentro de un margen de días que no superó la estancia promedio.

Realizar valoraciones integrales que faciliten obtener una visión amplia de las necesidades de cada paciente desde su ingreso. De esta forma, aspectos como salud bucal o visual por ejemplo, podrían considerarse desde el ingreso del niño o niña al servicio de hospitalizados y ser realizados con la premura que ameritan dentro de su proceso de atención integral.

**5. Número expediente: 11 77 86 91**

**Ingreso:** 11 abril    **Egreso:** 24 abril 2003    **Días de estancia:** 14 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 3 años, es traída por el OIJ, por aparente abuso por parte de su padre. SNA abusos deshonestos. Caso requirió intervenciones de PANI, OIJ.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingreso un viernes 11 abril, día feriado. En expediente no se observan anotaciones de la intervención desarrollada por TS. Pareciera que el OIJ la internó, TS del hospital no hizo intervenciones y se egresó con seguimiento socio-legal del PANI.

✓ Niña debió permanecer hospitalizada en espera de resolución del PANI.

**Impresión de investigadora:**

Los ingresos que ameritan intervenciones del Patronato Nacional de la Infancia, suelen generar estancias hospitalarias prolongadas.

Deja la impresión que al no existir una intervención TS hospitalaria que ayudase a reforzar los canales de coordinación con las diversas instancias del entorno que estaban participando en la resolución de esta situación, esto favoreció que la estancia se prolongase.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

TS contribuya con su actuar a promover el desarrollo de procedimientos fluidos en la prestación del servicio de salud que requiere todo niño o niña agredido.

**6. Número expediente: 11 70 60 87**

**Ingreso:** 11 abril    **Egreso:** 24 abril 2003    **Días de estancia:** 14 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 4 años, es traída por el OIJ, por aparente abuso por parte de su padre. SNA abusos deshonestos. Caso requirió intervenciones de PANI, OIJ.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingreso un viernes 11 abril, día feriado. En expediente no se observan anotaciones de la intervención desarrollada por TS. Pareciera que el OIJ la internó, TS del hospital no hizo intervenciones y se egresó con seguimiento socio-legal del PANI.

✓ Niña debió permanecer hospitalizada en espera de resolución del PANI.

**Impresión de investigadora:**

Los ingresos que ameritan intervenciones del Patronato Nacional de la Infancia, suelen generar estancias hospitalarias prolongadas.

Deja la impresión que al no existir una intervención TS hospitalaria que ayudase a reforzar los canales de coordinación con las diversas instancias del entorno que estaban participando en la resolución de esta situación, esto favoreció que la estancia se prolongase.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

TS contribuya con su actuar a promover el desarrollo de procedimientos fluidos en la prestación del servicio de salud que requiere todo niño o niña agredido.

**7. Número de expediente: 11 44 25 92**

**Ingreso:** 11 abril    **Egreso:** 24 de abril 2003    **Días de estancia:** 14 días

**Principales hallazgos:**

Fem., 12 años, quien es traída por OIJ, por cuadro SNA abuso sexual, presunto ofensor un tío. Caso requirió intervenciones de PANI, OIJ.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingreso un viernes, feriado e inicio de fin de semana. Por lo que para su valoración por TS probablemente debió esperar hasta el lunes próximo a su ingreso.

✓Según se observa en expediente no se encuentra desarrollo de valoración por TS. Se conoce por notas realizadas por personal médico que este caso estaba en espera de resolución del PANI. Se indicó valoración por TS desde el día del ingreso.

Las notas de enfermería señalan: 14 de abril “se bajó interconsulta a TS”, el 15 de abril “fue valorado por TS. Posteriormente. se indica en expediente que en este caso el PANI dio su resolución en fecha 24 de abril, 14 días después de internamiento de la niña. No se observa en que momento situación fue referida al PANI por lo que no es posible precisar el lapso que en que se realizó esta valoración.

**Impresión de investigadora:** Los casos que ameritan intervención del PANI usualmente generan estancias hospitalarias prolongadas. Este caso no fue la excepción. La aparente ausencia de notas de TS que indicaren cómo iba el desarrollo de la valoración social, probablemente causó incertidumbre en los otros miembros del personal de salud que atendieron este caso.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Que el PANI realice sus intervenciones con mayor prontitud. Al igual que las valoraciones solicitadas a TS HEP. Deseable, que se empiecen desde el primer día de ingreso.

**8. Número de expediente: 1 166 5 248**

**Ingreso:** 27 abril    **Egreso:** 5 mayo 2003    **Días de estancia:** 9 días

**Principales hallazgos**

Fem., 6 años, quien ingresa por observación por SNA, presunto ofensor hermano de 16 años.

Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingreso un día domingo, o sea en un fin semana.

✓Ts valora el caso el lunes 28 de abril, ese mismo día se indica referencia al PANI. Esta institución resuelve en un lapso de 5 días hábiles, por lo que la niña egresa el 5 de mayo al lado de su madre. No obstante, el tener que esperar este tipo de valoraciones por una Institución que no labora en fines de semana, hace que ello incremente significativamente las estancias. Es decir aunque para el PANI la valoración se realizó en 5 días hábiles, para el Hospital su intervención duró 7 días de estancia hospitalaria.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó fundamentalmente por espera de resolución que hiciera el PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en labores de intervención del PANI.

**MAYO****9. Número de expediente: 11 60 99 83**

**Ingreso:** 16 de mayo      **Egreso:** 22 de mayo 2003      **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Masc., 7 años, quien ingresa por agresión física, psicológica, negligencia. Presunto ofensor el padrastro. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresa un viernes 16 de mayo, o sea en un fin de semana.

**Impresión de investigadora:**

TS valora esta situación hasta el lunes 19 de mayo. Caso ameritó intervención del PANI. Esta se realizó desde 20 de mayo (cuando situación es referida) hasta el jueves 22 de mayo. O sea en un lapso de 3 días. Por tanto, se concluye que esta estancia se vio favorecida por una intervención social que debió pausarse ante la venida de un fin de semana en el que prácticamente este tipo de intervenciones deben de esperar hasta el próximo lunes para concretizarse.

Llama la atención que sobre este caso no se observa el desarrollo de intervención psicológica durante su internamiento, antes bien se le deja cita de control post egreso.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

No se observa ninguno en este caso.

**JULIO****10. Número de expediente: 11 70 80 87**

**Ingreso:** 21 julio      **Egreso:** 29 julio 2003      **Días de estancia:** 9 días

**Principales hallazgos**

Fem., 5 años, referida de la Clínica de Buenos Aires por agresión física, por parte de la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Ts valora el caso al día siguiente de su ingreso. El 23 de julio decide enviar referencia al PANI. Esta institución tarda 3 días hábiles o sea, hasta el 29 de julio para dar una resolución sobre esta situación. Empero, para el Hospital dicha intervención significó 6 días de estancia.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó fundamentalmente por espera de resolución que hiciera el PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor agilidad en intervenciones que brinda el PANI.

**11. Número de expediente: 11 65 12 91**

*Ingreso: 21 julio Egreso: 29 julio 2003 Días de estancia: 9 días*

***Principales hallazgos***

Masc., 7 años, referido de la Clínica de Buenos Aires por agresión física, por parte de la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Ts valora el caso al día siguiente de su ingreso. El 23 de julio decide enviar referencia al PANI. Esta institución tarda 3 días hábiles o sea, hasta el 29 de julio para dar una resolución sobre esta situación. Empero, para el Hospital dicha intervención significó 6 días de estancia.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó fundamentalmente por espera de resolución que hiciera el PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor agilidad en intervenciones que brinda el PANI.

***12. Número de expediente: 11 82 10 83***

*Ingreso: 24 de julio Egreso: 5 de agosto 2003 Días de estancia: 13 días*

***Principales hallazgos***

Masc, 1 año, quien ingresa por aparente SNA-Abuso sexual. Presunto ofensor: desconocido. Caso requirió intervenciones de trabajo social, forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un jueves 24 de julio. Para iniciar su valoración por TS debió esperar hasta el lunes 28 de julio, es decir 3 días (viernes feriado, sábado y domingo) de internamiento.

✓ TS inicia su intervención el lunes 28 de julio y la finaliza el 5 de agosto. Tardó 7 días hábiles. Entre el 28 de julio y el 5 de agosto se observa un fin de semana, en el cual prácticamente el paciente debió estar hospitalizado en espera de conclusión de valoración social. No se especifican los motivos del por qué TS demoró esta cantidad de días para dar una resolución a esta situación.

✓El forense valoró caso el 3 de agosto, o sea 11 días después de su internamiento. No se observan anotaciones que permitan aclarar los motivos de esta demora.

**Impresión de investigadora:** Es importante que todo caso de niño agredido sea valorado con prioridad y prontitud, para así evitar exponerle a estancias hospitalarias que le expongan a infecciones intrahospitalarias o bien, le afecten su derecho a ejercer su libertad como niño.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Realizar denuncia desde el primer momento que se detecta caso, por personal de salud que detectó presunta situación de abuso. Esto facilita que las intervenciones de forense se lleven a cabo con mayor prontitud.

***13. Número de expediente: 7 20 65 42***

*Ingreso: 2 julio Egreso: 18 julio 2003 Días de estancia: 17 días*

***Principales hallazgos***

Fem., 11 años, quien ingresa por SNA, Abuso Sexual, presunto ofensor padrastro y padre biológico. Niña vive en San

Vito y al parecer hubo intervención del PANI de esa localidad.

Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña debió esperar valoración forense. El 7 de julio se indica “niña no puede egresar hasta ser valorada por forense”, el 9 de julio se indica “pendiente valorar por medico forense”.. A esta fecha llevaba 8 días de internamiento. No se especifica cuándo fue valorada por este especialista. Ni si fue notificado su caso al Ministerio Público desde su ingreso a este nosocomio.

✓TS inicia valoración desde el día de ingreso. Y al parecer finalizó su intervención el 11 de julio, o sea, 10 días después de su internamiento. No se encuentran anotaciones que clarifiquen los motivos de prolongación de esta intervención que no concluye hasta que se decide referir el caso al PANI de Ciudad Neilly en fecha 11 de julio.

✓El PANI recibe caso el viernes 11 de julio. Esta Institución da una resolución el jueves 17 de julio.(define en 4 días hábiles). Pero, para el Hospital esta valoración significó 7 días más de estancia hospitalaria (se contabiliza desde el viernes 11 de julio hasta el jueves 17).

**Impresión de investigadora:**

Es necesario, que las valoraciones de TS o de otra índole se realicen con prioridad. Asimismo, es importante continuar en procesos de coordinación que coadyuven a una mayor agilización del proceso de atención que se sigue en estos casos. En especial, es importante reforzar en la Institución del PANI, la pertinencia de actuar con prontitud en la resolución de niños/as agredidos que requieren de sus intervenciones.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Se dé carácter prioritario a la atención de niños agredidos. Mejorar canales de coordinación con instituciones como PANI. y a lo interno del Centro Médico se den valoraciones integrales que ayuden a clarificar con mayor prontitud qué casos requieren o no, la intervención del PANI.

**14. Número expediente: 11 76 50 52**

**Ingreso:** 28 de julio **Egreso:** 8 agosto 2003 **Días de estancia:** 10 días

**Principales hallazgos**

Masc, 4 años, traída por maestra del CEN por presentar sospecha de síndrome de niño agredido: lesiones cutáneas generalizadas, quemadura con agua caliente, presunto ofensor padre biológico. Caso requirió intervenciones de TS, PANI, psicología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un lunes 28 de julio. TS inicia intervención al día siguiente y decide referir el caso al PANI en fecha lunes 4 de agosto. Esta Institución realiza su intervención en 5 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** La intervención solicitada al PANI es realizada en un periodo extenso, al igual que la realizada por trabajo social hospitalario.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Sería pertinente que las diversas profesiones que atienden determinada situación de agresión aporten sus conocimientos y valoraciones sobre la condición de salud del infante en estudio con prontitud. Esto contribuiría a tener valoraciones integrales que ayuden a fundamentar la toma de decisiones ante los niveles de riesgo detectados.

**SETIEMBRE**

**15. Número de expediente: 11 59 72 08**



**Ingreso:** 3 setiembre    **Egreso:** 12 setiembre 2003    **Días de estancia:** 10 días

***Principales hallazgos***

Masc, 8 años, quien es referido de Clínica de Buenos Aires, por agresión física por parte de la madre. Niño fue llevado por la Guardia de Asistencia Rural a dicha Clínica. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Ingreso un miércoles 3 setiembre, TS recibe interconsulta el 5 de setiembre o sea, dos días después de su internamiento.

✓ TS realiza su intervención los días: viernes 5 de setiembre y el lunes 8 de setiembre. El martes 9 de setiembre se refiere el caso al PANI, esta Institución da su resolución el 12 setiembre o sea, 4 días hábiles después de haber sido referido el caso.

**Impresión de investigadora:**

Definitivamente, es importante que se dé un envío y recibo de interconsultas con mayor eficacia. Además, que las valoraciones de TS o de otra índole se efectúen con prioridad. En especial para evitar hacer esperar al usuario valoraciones durante fines de semana, en los que prácticamente permanece hospitalizado esperando dichas valoraciones. Con lo cual le exponemos al riesgo de infecciones intrahospitalarias y además, lesiones su derecho a vivir en libertad.

Me pregunto cuales fueron los factores que hicieron tardar a TS 4 días para decidir intervención del PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Sería importante que todo caso que sea referido de la Clínica de Buenos Aires, sea remitido al mismo tiempo de su envío al Hospital Dr. Escalante Pradilla, también a la Oficina de TS de la Clínica de Buenos Aires. Este proceder podría contribuir a agilizar el envío de información de dicha Clínica al HEP pues generalmente, las intervenciones sociales ameritan explorar el contexto inmediato en que se desenvuelve la cotidianidad de cada paciente que es referido por SNA.

También, fomentar en el personal de salud de prioridad a toda intervención que amerita un niño o niña agredida.

***16. Número de expediente: 11 71 12 42***

**Ingreso:** 19 setiembre    **Egreso:** 28 setiembre 2003    **Días de estancia:** 10 días

***Principales hallazgos***

Masc., 5 años, quien es traído por la Cruz Roja, vecino de Boruca Buenos Aires, por agresión física por parte de la madre. Región parpebral izda edematosa con equimosis conjuntiva con sangrado leve: Impresión D: trauma ocular. Caso requirió intervenciones de trabajo social, oftalmología, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingresa un viernes, o sea en un fin semana.

✓ Ts recibe interconsulta el mismo día del ingreso, cuatro días después o sea, el lunes 22 de setiembre decide remitirlo al PANI. El PANI finaliza su intervención el viernes 26 de setiembre, o sea, 5 días hábiles después de su ingreso.

✓ En este caso llama la atención que según expediente clínico el 26 de setiembre se indique: “cuadro febril... hoy madrugada inicia cuadro de fiebre, cefalea, vómitos”. Niño recibe tratamiento 26, 27 y 28 setiembre día de su egreso.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó por espera de resolución del PANI, mientras espera dicha resolución, paciente adquiere una infección intrahospitalaria.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Realizar mejores coordinaciones con profesionales de la salud que refieren casos de la Clínica de Buenos Aires, así por ej: solicitar que cada caso de esa comunidad al ser trasladado al Hospital Dr. Escalante Pradilla, sea informado a TS de la Clínica de Buenos Aires a fin de que a la mayor prontitud se remita a TS de este hospital la información que arroje el trabajo de campo respectivo.

**17. Número de expediente: 49 03 88 79**

**Ingreso:** 15 setiembre **Egreso:** 2 octubre 2003 **Días de estancia:** 28 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 13 años, ingresada a Escolares por origen nicaragüense quien presenta SNA: Hematoma párpado superior izquierdo por parte de tío. Agresión Física. Fue traída por una amiga. Caso requirió intervenciones de TS, PANI, oftalmología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un lunes 15 de setiembre, o sea día feriado. Al parecer TS recibe interconsulta el martes 16 de setiembre. De esta forma, inicia su valoración y decide referir caso el jueves 18 de setiembre al PANI. PANI valora caso en el transcurso del 18 de setiembre hasta el miércoles 1 de octubre, es decir luego de 17 días de internamiento. En realidad, realizó su valoración en el lapso de 10 días hábiles, recuérdese que el PANI no labora en fines de semana.

**Impresión de investigadora:**

Definitivamente esta estancia se vio favorecida por una intervención del PANI que dista bastante de ser ágil.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**18. Número de expediente: 11 62 23 73**

**Ingreso:** 2 setiembre **Egreso:** 12 setiembre 2003 **Días de estancia:** 11 días

**Principales hallazgos:**

Masc., 8 años, quien ingresa por observación por SNA, presunto ofensor un tío. Caso requirió intervenciones de trabajo social, forense, PANI, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Ts recibe interconsulta el 3 de setiembre. Inicia así su intervención hasta el 5 de setiembre. No se especifican los motivos de no intervenir caso inmediatamente.

El viernes 5 de setiembre lo refiere al PANI. Esta institución da una resolución el viernes 12 de setiembre, o sea 5 días hábiles después de haber sido enterado de caso. En general, esta espera le significó al hospital 8 días de estancia hospitalaria.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó fundamentalmente por espera de valoración del PANI, además de una intervención de trabajo social hospitalaria no realizada inmediatamente, no se especifican motivos de ello.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Se dé mayor agilización en las intervenciones que ameritan los casos de niños agredidos. Se pueda sensibilizar al personal de salud en general, sobre la importancia del carácter prioritario e integral que requieren este tipo de intervenciones.

OCTUBRE

**19. Número de expediente:** 11 82 95 96

**Ingreso:** 20 octubre      **Egreso:** 7 noviembre 2003      **Días de estancia:** 19 días

**Principales hallazgos:**

Masc., 2 años, quien ingresa para observación por SNA: agresión física, presunto ofensor desconocido, al parecer se encuentra en hogar de abuela materna. Abuela paterna lo trae al hospital. Caso requirió intervenciones de TS, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño se hospitaliza un lunes 20 de octubre, al día siguiente es valorado por TS y se decide referir caso al PANI. Ese mismo día se refiere caso al PANI. Esta Institución resuelve caso el 7 noviembre, o sea 18 días después de su internamiento. En realidad resolvió en el lapso de 14 días hábiles, pero la paciente debió permanecer hospitalizada dos fines de semana esperando que el PANI concretizara su intervención.

**Impresión de investigadora:**

Usualmente los casos de abuso infantil que ameritan una intervención del PANI suelen generar estancias hospitalarias prolongadas.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**20. Número de expediente:** 11 50 37 01

**Ingreso:** 25 de octubre      **Egreso:** 29 octubre 2003      **Días de estancia:** 5 días

**Principales hallazgos:**

Fem. 11 años, referida de Clínica de Buenos Aires, quien ingresa para observación por abuso sexual, presunto ofensor un vecino. Caso requirió intervenciones de trabajo social, psicología, valorar por forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un sábado de diciembre, o sea en un fin de semana. De esta forma, las intervenciones como TS, psicología se deben esperar hasta el lunes siguiente para ejecutarse, dada la ausencia de estos profesionales en ese periodo. Lo cual favorece que se contabilicen como estancia hospitalaria dos días (sábado y domingo) en donde prácticamente el paciente se debe esperar hasta el lunes para recibir ese tipo de intervenciones.

✓Ts inicia su intervención el martes 28 de octubre, cuando ya llevaba 3 días de haber ingresado para recibir esta valoración. También, llama la atención, que esta niña debió esperar la llegada del forense (que se realizó 29 de octubre, o sea 5 días después de su ingreso), pese haberse reportado su caso al OIJ desde su ingreso y también, debió esperar la valoración por psicología, la cual finalmente se programó para luego de su egreso.

**Impresión de investigadora:**

Esta estancia fue favorecida por la nula prontitud de los servicios que se requerían para valorar condición de niña agredida. No se especifican motivos de la demora de la intervención del forense, ni de trabajo social. Finalmente, también llama la atención que según expediente clínico este caso no fue valorado por psicología durante su internamiento, pese haberse solicitado desde su ingreso. Si egresó con cita en dicho servicio para el 10 de diciembre del mismo año.

En el caso de trabajo social la experiencia sugiere que generalmente cuando una niña o niño es referido de la Clínica de Buenos Aires, se precisa de la coordinación y envío de información de las colegas de dicha Clínica, para así, tener mayores elementos al momento de fundamentar toma de decisiones en dicho caso.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Realizar mejores coordinaciones con profesionales de la salud que refieren casos de la Clínica de Buenos Aires, así por ej: solicitar que cada caso de esa comunidad al ser trasladado al Hospital Dr. Escalante Pradilla, sea informado a TS de la Clínica de Buenos Aires a fin de que a la mayor prontitud se remita a TS de este hospital la información que arroje el trabajo de campo respectivo.

## NOVIEMBRE

### *21. Número expediente: 11 64 87 46*

**Ingreso:** 4 noviembre **Egreso:** 14 noviembre 2003 **Días de estancia:** 11 días

**Principales hallazgos:** Fem., 7 años, quien es referida de un Ebais por presentar presunto abuso sexual, presunto ofensor: compañero sentimental de la madre. Caso requirió intervenciones de laboratorio, trabajo social, PANI, medicina legal etc...

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un martes, al día siguiente es valorada por TS quien indica referencia al PANI en fecha jueves 6 de noviembre. Esta Institución realiza su intervención en el lapso de 6 días hábiles. Para el HEP el solicitar esta intervención ameritó que esta paciente estuviese hospitalizada el fin de semana (sábado 8 y domingo 9 de noviembre) en espera de que dicha Institución concluyese su valoración.

**Impresión de investigadora:** Usualmente las valoraciones de recursos familiares o institucionales son intervenciones que a nivel del PANI suelen generar lapsos prolongados. En este caso ello no fue la excepción y se ve claramente que esta estancia se vio favorecida por la espera de conclusión de intervención de esta Institución.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

### *22. Número de expediente: 118 66 552*

**Ingreso:** 16 noviembre **Egreso:** 21 noviembre 2003 **Días de estancia:** 6 días

#### **Principales hallazgos**

Fem., 10 meses, quien ingresa por abuso por descuido presunto ofensor la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un domingo, o sea en un fin de semana. TS valora caso, no se precisa cuándo se inició su intervención pero se observa que finalizó el martes 18 de noviembre. Ese día fue referido al PANI. Esta Institución resuelve el 21 de noviembre, es decir 6 días después de su internamiento. Entonces, esta estancia se prolongó por la espera de resolución del PANI (18 al 21 de noviembre) la cual fue de 3 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** Usualmente, los casos que ameritan intervención del PANI generan estancias hospitalarias prolongadas. Algunas posibles explicaciones a ello sugeridas por la experiencia son: *escaso personal, localización de familiares etc...*

#### **Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Un rápido envío y recepción de interconsulta.

Una intervención oportuna de TS.

**23. Número de expediente: 11 48 74 18**

**Ingreso:** 3 noviembre      **Egreso:** 20 noviembre 2003      **Días de estancia:** 18 días

**Principales hallazgos**

Fem., 11 años, referida Clínica de Buenos Aires, quien ingresa por abuso sexual presunto ofensor tío paterno. Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓TS recibe interconsulta hasta el día miércoles 12 de noviembre o sea, 9 días después de su ingreso. Al buscar en expediente motivos de esta situación se observan notas de personal medico que indican “con respecto a la evaluación del presente caso el 4/11/07 se envió primer referencia por Dr. Arguello a TS de Clínica del Adolescente pero en esta semana no se encontraba la TS. Por lo que el enfermero Rosales llama a TS Luisa para valorar y refiere que compete a TS Clínica Adolescente.

La Dra. Villalobos llama de nuevo indica que se evaluará posteriormente en vista de que no se tienen notas se hace una 2da interconsulta 11/11 directamente Clínica del Adolescente.

Por su parte, TS responde a este señalamiento de la siguiente manera: “14/11 Yorleny si estaba trabajando 4/11, 5/11 en am. Según ella no recibió IC (interconsulta) ni se coordinó con ella esos dos días”.

✓El 13 de noviembre TS decide referir caso al PANI. Esta Institución valora situación en el lapso comprendido desde el 13 noviembre hasta el 20 de noviembre, o sea 7 días de internamiento.

✓La denuncia no se interpuso desde el ingreso de esta niña al hospital, sino hasta el 13 de noviembre, cuando ya llevaba 10 días de estancia. TS al conocer de esta situación y ante la no actuación de los otros profesionales de la salud en este sentido, procede a hacerlo en dicha fecha. Llama la atención que se indique en expediente en fechas 10 de noviembre y 12 de noviembre “pendiente poner denuncia”.

**Impresión de investigadora:**

Para favorecer que la atención de los niños agredidos no se prolongue sería importante, contar con algún instrumento por ejemplo: un cuaderno de anotaciones, en el que se lleve un control del envío y recepción de interconsultas.

Por otra parte, según se observa en expediente se solicitó valoración por psicología desde su ingreso. La ausencia de notas sobre su intervención sugieren que ésta no se llevó a cabo. Sería importante que toda intervención que requiera un niño agredido (psicológica, TS, forense, clínica etc) sea realizada con la premura que amerita. Esto con el fin de agilizar el proceso de atención que requiere este tipo de pacientes. En términos generales, considero que esta estancia se vio favorecida por una falta de coordinación entre el personal de salud que lo atendía y también, por una intervención del PANI que fue realizada prácticamente en el lapso de una semana. A ello se suma, los dos fines de semana que debió la niña estar hospitalizada mientras se valoraba integralmente su situación.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Trabajo social defina con prontitud solicitud de intervención del Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

Trabajo social (TS) realice notas claras, breves sobre el curso que sigue la intervención a nivel social.

Que el personal de salud que tiene bajo su responsabilidad la atención de estos niños y niñas, coordine eficazmente, teniendo cada uno en cuenta el alcance de su intervención en el caso y la importancia de realizar y unir esfuerzos orientados a agilizar las intervenciones que sean pertinentes para brindar una atención integral a estos usuarios.

Fomentar los canales de coordinación (comunicación) intrahospitalarios a través de capacitaciones que contribuyan a que el personal de salud que brinda atención directa a niños agredidos, refuerce en si mismo la importancia de brindar una ágil, eficiente y eficaz atención a estas personas menores de edad.

Llevar un instrumento de control de recibo y envío de interconsultas.

Desde las jefaturas correspondientes hacer los llamados de atención que sean necesarios a fin de que el tipo de situación expuesta no se convierta en una práctica cotidiana.

**24. Número de expediente: 11 82 87 79**

**Ingreso:** 17 noviembre      **Egreso:** 24 noviembre 2003      **Días de estancia:** 8 días

**Principales hallazgos**

Masc., 1 año, quien viene referido del Ebais de Cajón e ingresa por supuesto abuso sexual, presunto ofensor un tío. Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Caso es referido al PANI el jueves 20 de noviembre. Dicha Institución concretiza su intervención hasta el lunes 24 de noviembre. O sea, requirió 3 días hábiles para dar su resolución. Para el Hospital su valoración contempló 5 días de estancia hospitalaria (incluye sábados y domingos).

**Impresión de investigadora:** TS recibe interconsulta el 18 de noviembre. Entre el 18 y 19 de noviembre finaliza su valoración. Según esta valoración se definió como pertinente intervención del PANI. Esta Institución debió realizar una valoración de idoneidad de recursos familiares y define toma de decisiones hasta el lunes 24 de noviembre. De esto se desprende la importancia de realizar adecuadas valoraciones sociales que definan o no, intervención del PANI durante periodo de hospitalización. O bien, solicitar dicha intervención si el bienestar del niño/a impresiona verse afectado significativamente una vez que egrese del centro hospitalario.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Se solicite valoración por TS desde su ingreso, se reporte caso al OIJ desde su ingreso.

**25. Número de expediente: 11 87 17 79**

**Ingreso:** 7 noviembre **Egreso:** 15 noviembre 2003 **Días de estancia:** 9 días

**Principales hallazgos**

Fem., 7 meses, quien ingresa por observación por SNA, abuso por descuido (abuso pasivo), Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingresa en un viernes, o sea en un fin de semana.

✓ Ts indica que recibe interconsulta hasta el miércoles 12 de noviembre, o sea 5 días después de su internamiento. Pese a indicarse en hoja de evolución desde el viernes 7 de noviembre. . No se especifica motivos de este retraso. TS inicia intervención el 12 de noviembre y la finaliza el 14 de noviembre. El 13 de noviembre se señala: “TS indica que está tratando de localizar al padre”.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó fundamentalmente por demora de comunicar a TS sobre existencia de este caso.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Envío y recibo de interconsultas con mayor eficacia. Podría ser útil llevar un cuaderno que sirva para controlar dicho envío y recepción.

**DICIEMBRE****26. Número de expediente: 49 23 92 11**

**Ingreso:** 5 diciembre **Egreso:** 19 diciembre 2003 **Días de estancia:** 15 días

**Principales hallazgos**

Fem., 4 años, paciente panameña ingresa por abuso sexual, por parte del padrastro. Fue traída por madre y OIJ. Caso requirió intervenciones de trabajo social, Fiscalía, forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un viernes 5 de diciembre. Se indica en expediente en fecha 11 de diciembre “valorar por psicología”. Posteriormente, se vuelve a indicar en fecha 17 de diciembre. No se observan en expediente anotaciones que permitan concluir que niña fue valorada por este servicio durante su internamiento. Al parecer no se realizó.

✓El 11 de diciembre, TS consulta al Dr. Bonilla sobre si ha recibido notificación del Ministerio Público para realizar valoración forense. A lo cual responde negativo. No obstante, en esa fecha se observa que el citado médico realizó valoración respectiva.

✓La Fiscalía solicita mantener a la niña hospitalizada hasta que el Ministerio Público realice toma de declaración. Esta solicitud obedecía a que tanto la niña como la madre se observaban como personas nómadas. Y además, para solicitar ante los Jueces el sostenimiento de prisión preventiva en perjuicio del padrastro de la niña, era necesaria su declaración. Fiscalía da cita para el 12 de diciembre pero fue cancelada. Y posteriormente, se fijó para el 15 y 17 de diciembre. En las citadas fechas fue cancelada por motivos de orden administrativo de la Fiscalía.

El 18 de diciembre Fiscalía informa que una limitación que se presenta para fijar la audiencia es la carencia de un intérprete. Finalmente, la niña egresa el 19 de diciembre. Presunto ofensor tenía prisión preventiva hasta junio 2004.

**Impresión de investigadora:** Es preciso que en estos casos de niños agredidos las diferentes profesiones (clínica, forense, social) que intervienen realicen su atención en forma prioritaria, rápida y oportuna.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en atenciones que requieren niños agredidos o sea, dar atención en forma prioritaria, visualizando a éste como una persona con necesidades integrales.

**27. Número de expediente: 64 45 08 40**

**Ingreso:** 14 diciembre    **Egreso:** 17 diciembre 2003    **Días de estancia:** 4 días

**Principales hallazgos**

Fem. 4 años, referida de Clínica de Buenos Aires, quien ingresa por sospecha de abuso por parte de niñera y padrastro. Caso requirió intervenciones de trabajo social, psicología, PANI, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un domingo de diciembre, o sea en un fin de semana.

✓Ts recibe interconsulta el lunes 15 de diciembre y finaliza su intervención el 16 de diciembre. Llama la atención que se indique en expediente. “16 de diciembre, se indicó bajar a TS 3pm, pero TS está en una reunión”.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se prolongó por una atención social no dada con la inmediatez que amerita. Obsérvese que aunque la interconsulta llega a TS el lunes siguiente al ingreso de la niña, TS valora el caso hasta el martes 16. No se especifica los motivos de dicho retraso, salvo el día martes 16 de diciembre que se indica que se encuentra en una reunión.

Sería importante, ser más específicos al momento del desarrollo del proceso de atención.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Todo servicio que amerite un niño agredido sea realizado con prontitud.

Todo profesional que intervenga realice anotaciones con precisión y claridad, en especial por que estos casos tienden a ser complejos y requieren una visión integral de su situación.

2004

## ENERO

*1. Número de expediente: 11 88 08 27**Ingreso:* 15 enero                      *Egreso:* 20 enero 2004                      *Días de estancia:* 6***Principales hallazgos***

Fem, 6 meses, quien es referida de la Clínica de Buenos Aires, con historia de que la madre amenazó con envenenarla debido a problema familiar. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

***Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:***

✓ Niña ingresó un jueves 15 de enero. Ese día TS inicia intervención y decide referir caso al PANI.

PANI da su resolución en el lapso comprendido del 15 enero al 20 de enero, o sea en el transcurso de 6 días de internamiento de la niña. En realidad ejecutó su intervención en 4 días hábiles. (PANI no labora los fines de semana).

**Impresión de investigadora:**

La atención que el PANI brinda sería recomendable que se diera con mayor agilidad y con un carácter de prioridad.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

TS realice valoraciones ágiles y oportunas para determinar con prontitud si es o no recomendable solicitar valoraciones del PANI. Tal y como sucedió en este caso.

## FEBRERO

*2. Número de expediente: 11 82 05 26**Ingreso:* 28 febrero                      *Egreso:* 2 marzo 2004                      *Días de estancia:* 4***Principales hallazgos***

Fem, 2 años, quien es referida de la Clínica de Buenos Aires, por historia de abuso deshonesto, presunto ofensor ex cónyuge de la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, psicología.

***Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:***

✓ Niña ingresó un sábado 28 de febrero, o sea en un fin de semana.

✓ TS recibe e inicia intervención social el lunes 1 de marzo. Ese mismo día finaliza su intervención.

**Impresión de investigadora:**

Estancia se ve favorecida por ser un ingreso en un fin de semana.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Promover capacitación sobre identificación, registro etc de casos de abuso infantil. Esto en varios servicios como son: emergencias, consulta externa etc...

*3. Número de expediente: 11 69 86 23**Ingreso:* 26 de febrero                      *Egreso:* 10 de marzo 2004                      *Días de estancia:* 14 días***Principales hallazgos***

Masc., 6 años, quien ingresa para observación por SNA. Historia de que la madre lo golpeó en cadera con un zapato "trauma en cadera". Caso requirió intervenciones de psicología, TS, PANI, RX, laboratorio, CEINA.



**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niño ingresa un jueves 26 de febrero. TS recibe interconsulta e inicia valoración social el viernes 27 de febrero. Su intervención se llevó a cabo desde el 27 de febrero hasta el 5 de marzo, o sea durante 5 días hábiles.

El viernes 5 de marzo se solicita valoración por parte del PANI. Esta Institución resuelve caso hasta el 10 de marzo, o sea 3 días hábiles después de haber sido referida la situación. Para HEP la realización de esta valoración significó 14 días de estancia empero, tanto TS del HEP como el PANI, realizan sus intervenciones en días hábiles. De esta forma, el paciente debe estar internado dos fines de semana en espera de conclusión de estudios por los servicios antes citados.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se vio favorecida por la intervención solicitada al PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Una valoración social en el HEP que se realice con mayor agilidad, en especial para así determinar con prontitud pertinencia o no, de solicitud de intervención del PANI

**4. Número de expediente: 34 71 73 8**

**Ingreso:** 25 febrero **Egreso:** 19 de marzo 2004 **Días de estancia:** 24 días

**Principales hallazgos**

Masc 10 años, niño es traída por su maestra, ingresa por agresión física, mental y psicológica, por parte de padrastro. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio, Rx, PANI, OIJ

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ TS indica que recibe interconsulta hasta el 1 de marzo, o sea 5 días después de su ingreso. Niño ingresó un miércoles 25 febrero.

✓ Se indica el 12 de marzo “ts que lleva el caso se encuentra incapacitada”. El 16 de marzo ts indica “se está coordinando con el PANI, requiere tiempo ubicar a un niño con un familiar en Cartago”.

**Impresión de investigadora:** En atención a niños agredidos cuando hay situaciones que ameritan la intervención de valorar recursos familiares, el PANI debe asumir el caso. En el análisis de esta situación no fue posible precisar cuánto tiempo demoró su intervención dado que no se especifica en que momento fue referido a esa instancia. Pero, la experiencia sugiere que usualmente sus intervenciones son de tiempo prolongado.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Mayor agilidad en las intervenciones integrales que requiere el caso a nivel intrahospitalario y a nivel de PANI. Dado que si a lo interno del hospital se da un proceso de atención caracterizado por su integralidad, eficiencia y eficacia, ello favorece que la solicitud de intervención se realice con prontitud, así como que el PANI posea mayores elementos para fundamentar la toma de decisiones que debe realizar en situaciones de niños agredidos.

Sería así importante, no saturar de funciones a quienes tienen la responsabilidad a lo interno del Centro Hospitalario o sea el CEINA, de dirigir la respectiva coordinación del proceso de atención que requieren los niños agredidos.

**MARZO****5. Número de expediente: 1 18 65 546**

**Ingreso:** 24 de marzo **Egreso:** 30 de marzo 2004 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Fem., 1 año, referida Ebais de Pejibaye para observación por SNA, DN Mod-Sev, Gingivoestomatitis

Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Cumplimiento de tratamiento clínico.

**Impresión de investigadora:** La valoración social se realizó en un día, o sea el 25 de marzo. Se indicó seguimiento social Clínica de Buenos Aires.

A nivel de su hospitalización también capta la atención que el 30 de agosto se indique: “sufre caída en el servicio” “se cayó de la cuna”. Lo cual debe considerarse como situaciones que pueden eventualmente ampliar las estancias de hospitalización. Por tanto, es necesario seguir tomando medidas que ayuden a disminuir la probabilidad de estos eventos.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias**

No se observan en este análisis

**6. Numero de expediente: 7 30 59 52**

**Ingreso:** 20 marzo 2004      **Egreso:** 31 marzo 2004      **Días de estancia:** 12 días

**Principales hallazgos**

Masc 22 días, quien ingresa por observación RNP, problema social, madre abandonada. Madre lo tiene abandonado por patología psiquiátrica.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niño ingresó un sábado, o sea en un fin de semana. El lunes 22 de marzo TS recibe interconsulta. El jueves 25 de marzo coordina con el PANI a fin de que se continúe valoración social. Esta Institución realiza su intervención en el lapso comprendido entre 25 al 31 de marzo. Es decir en un lapso de 7 días de internamiento. Pero en realidad, como dicha Institución no labora los fines de semana, su intervención se ejecutó en 5 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** Los ingresos en fines de semana, son factores de importancia a considerar al analizar estancias prolongadas en casos de niños agredidos, dado que generalmente los servicios que ameritan: TS, psicología, PANI no se encuentran disponibles en ese periodo.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**7. Número de expediente: 40 33 85 41**

**Ingreso:** 20 marzo      **Egreso:** 24 marzo 2004      **Días de estancia:** 5 días

**Principales hallazgos**

Fem. 8 meses, quien ingresa por sospecha de Síndrome de Niño Agredido, tiene lesiones en área genital, presunto ofensor desconocido. Caso requirió intervenciones de trabajo social, OIJ.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un sábado, o sea en un fin de semana. Lo cual favoreció que la estancia comprendiera dos días (sábado y domingo) en donde la usuaria debió esperar hasta el lunes próximo para recibir atención social.

**Impresión de investigadora:** Los ingresos en fines de semana, son factores de importancia a considerar al analizar estancias prolongadas en casos de niños agredidos, dado que generalmente los servicios que ameritan: TS, psicología, PANI no se encuentran disponibles en ese periodo. Sería importante, dar mayor capacitación en detección de niños agredidos al personal de emergencias para así asegurar que quienes sean ingresados realmente ameriten estar hospitalizados. Sería importante, explorar a fondo que servicios de emergencia ofrece el PANI los fines de semana, o alguna organización no gubernamental que se puedan tener como referencia.

TS recibe interconsulta el lunes 22 de marzo y finaliza su intervención al día siguiente. Es decir, su intervención tardó dos días. En este caso, fue relativamente rápida su intervención. También, llama la atención que el caso fue reportado al OIJ desde su ingreso. Estas dos situaciones, indudablemente favorecen la no prolongación de las estancias y deberían ser una práctica cotidiana.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

TS y otros servicios que amerite recibir un niño agredido mientras se encuentra hospitalizado realicen sus valoraciones con carácter prioritario.

Se reporte situaciones de presunto abuso infantil al Ministerio Público u OIJ desde su ingreso al centro hospitalario.

**8. Número de expediente:** 2 70 89 95

*Ingreso:* 17 de marzo      *Egreso:* 2 de abril 2004      *Días de estancia:* 17 días

**Principales hallazgos**

Fem., 11 años, quien ingresa por antecedente de abuso sexual, crisis convulsiva,

Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio, PANI, fiscalía.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓TS inicia intervención el 17 de marzo. Ese mismo día indica referir al PANI Esta Institución tarda 12 días hábiles en emitir su resolución. Para el Hospital significaron 16 días de estancia hospitalaria (incluye sábados y domingos).

✓La valoración en psicología se inició el 25 de marzo, o sea 7 días hábiles después de su ingreso. En términos de estancia serían 9 días. No se especifican motivos de este retraso.

**Impresión de investigadora:** Definitivamente la atención a niños agredidos amerita ser efectuada con prioridad. En el análisis de este caso no se especifica los motivos del retraso de la intervención en psicología. La experiencia sugiere como posibles respuestas a ello: demora en entrega de interconsulta, recargo de funciones etc...

En el caso del PANI posibles respuestas a sus demoras en sus intervenciones se pueden ubicar en: búsqueda y valoración de recursos familiares, escaso personal etc...

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

TS y otros servicios que amerite recibir un niño agredido mientras se encuentra hospitalizado realicen sus valoraciones con carácter prioritario.

**ABRIL**

**9. Número expediente:** 64 090 58

*Ingreso:* 30 abril      *Egreso:* 14 mayo 2004      *Días de estancia:* 15 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 11 años, niño quien es traído por maestro, para observación por: agresión física, presunta agresora la madre. Caso requirió intervenciones de TS, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresa un viernes 30 de abril, o sea en un fin de semana. El lunes 3 mayo TS inicia valoración. Ese mismo día lo refiere al PANI. Llama la atención que en fecha 7 de mayo al parecer el PANI sugirió egreso del paciente con la madre. Ese mismo día la Dra. López se comunica con la TS Isabel Venegas y le informa sobre una carta enviada por el docente. La Licda Venegas al parecer suspende recomendación de egreso. El 10 de mayo se indica “no egresar hasta que el PANI dicte una nueva resolución

PANI resuelve el viernes 14 de mayo, que el niño puede egresar con su madre. PANI realizó su intervención en el lapso de 10 días hábiles.

✓Desde su ingreso se solicita valorar caso por psicología, empero esta valoración se concretiza hasta el lunes 10 de mayo. Se desconocen motivos de retraso de esta intervención.

**Impresión de investigadora:** Las valoraciones de casos de niños agredidos que ameritan una intervención del PANI, suelen generar estancias hospitalarias prolongadas. Llama la atención el comportamiento de interés mostrado por la Dra. López de informar al PANI sobre hallazgo (carta enviada por docente, en fecha 3 de mayo), y así solicitar que se revalore recomendación de egreso dictada por el PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Exista una mayor coordinación intrahospitalaria y así se favorezca un manejo integral de cada situación de abuso infantil, que contribuya a la efectiva toma de decisiones de estos casos.

Que cada servicio que brinde atención a casos de agresión infantil confiera carácter de prioridad a estos casos, y así, se procure agilizar las diversas intervenciones que estos niños y niñas ameritan al ser hospitalizados.

**10. Número de expediente: 11 70 17 10**

**Ingreso:** 1 abril **Egreso:** 7 abril 2004 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Fem., 6 años, ingresa por: problema cardiológico que perdió control HNN, abuso descuido.

Caso requirió intervenciones de trabajo social, cumplir tratamiento clínico.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un jueves 1 de abril, TS recibe interconsulta el lunes 5 de abril. De ello, se desprende que esta tardanza en el envío de la interconsulta favoreció la estancia.

Se había indicado en expediente *interconsulta a TS* desde el día del ingreso de la usuaria. No se especifican motivos de dicha demora.

**Impresión de investigadora:**

La valoración por TS duró en ejecutarse un día. Lo cual permite concluir que probablemente éste caso no habría generado dicha estancia, si la interconsulta hubiese llegado a su destino en un menor lapso.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Sería oportuno llevar un cuaderno en el que se especifique el recibo de la interconsulta. Así, habría una mayor claridad de quienes son los responsables del recibo de ésta y además, podría generarse un mayor compromiso de entregar y recibir con prontitud estos documentos. Este proceder sería plenamente justificado en garantizar una mayor agilización en el proceso de atención que requieren los niños víctimas de maltrato.

**MAYO**

**11. Número de expediente:** 6 48 44 88**Ingreso:** 23 mayo**Egreso:** 27 de mayo 2004**Días de estancia:** 5**Principales hallazgos**

Fem, 1 año, quien es referida de Clínica de Buenos Aires, para observación por abuso sexual, presunto ofensor padrastro. Caso requirió intervenciones de trabajo social, OIJ, valorar medico forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

- ✓Niña ingresó un domingo o sea, en un fin de semana.
- ✓TS recibe interconsulta e inicia valoración el lunes 24 de mayo. Finaliza el 26 de mayo. O sea, 4 días después del internamiento de la niña. En realidad realizó su intervención en 3 días hábiles.
- ✓El miércoles 26 de mayo se indica en expediente “pendiente valoración médico legal”.

**Impresión de investigadora:** Favoreció esta estancia la espera de valoración por medico forense. Además, de ser un ingreso en un fin de semana.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Toda intervención que amerite un niño o niña agredido sea: social, psicológica, médica, de enfermería etc...sea realizada con carácter prioritario.

Se reporte casos al OIJ desde su ingreso al hospital, como sucedió en este caso.

**12. Número de expediente:** 1 18 51 196**Ingreso:** 21 mayo**Egreso:** 26 de mayo 2004**Días de estancia:** 6**Principales hallazgos**

Masc, 2 años, quien es ingresada por observación por SNA, TCE+PC, TRAUMA CADERA. Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

- ✓Niña ingresa un viernes, o sea en un fin de semana.
- ✓TS recibe interconsulta hasta el martes 25 de mayo, o sea, 2 días hábiles después de su internamiento. O bien, 4 días después de estar hospitalizada la niña.

**Impresión de investigadora:**

Estancia favorecida por ingreso en fin de semana. Aunado a ello llama la atención la entrega de interconsulta hasta el martes, o sea dos días hábiles después de su internamiento. La valoración social se realizó en dos días.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Tener un cuaderno o libreta en donde se lleve un control del envío y recibo de interconsultas.

**13. Número expediente:** 11 48 99 68**Ingreso:** 17 mayo**Egreso:** 25 de mayo 2004**Días de estancia:** 9 días**Principales hallazgos**

Fem, 12 años, quien fue referido de la Clínica de Buenos Aires, por observación SNA: abuso sexual, presunto ofensor hermano. Caso requirió intervenciones de OIJ, TS.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un lunes, TS valoró caso al día siguiente. El 18 de mayo ante comportamientos de no protección de los padres, se procede a referir el caso al PANI. Esta Institución resuelve situación hasta el 25 de mayo, o sea 5 días hábiles después de habersele referido este caso.

✓Niña debió permanecer hospitalizada en espera de resolución del PANI, un fin de semana (22 y 23 de mayo)

**Impresión de investigadora:**

Los ingresos que ameritan intervenciones del Patronato Nacional de la Infancia, suelen generar estancias hospitalarias prolongadas.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**14. Número de expediente:** 27 312 19

**Ingreso:** 20 de mayo **Egreso:** 3 junio 2004 **Días de estancia:** 13 días

**Principales hallazgos**

Fem., 4 años, quien ingresa por SNA, quemadura de MSD. Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓TS inicia intervención el viernes 21 de mayo. Ese mismo indica referir al PANI Esta Institución tarda 10 días hábiles en emitir su resolución. Para el Hospital significaron 13 días de estancia hospitalaria (incluye sábados y domingos).

**Impresión de investigadora:** Definitivamente la atención a niños agredidos amerita ser efectuada con prioridad. En el análisis de este caso se puede observar que TS solicitó intervención del PANI de Buenos Aires, dado que esta niña requería ser ubicada en un recurso familiar o institucional. El PANI tarda varios días en emitir su criterio.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Es meritorio destacar que este caso fue reportado al OIJ desde su ingreso, lo cual indudablemente favorece la no prolongación de las estancias.

**JUNIO**

**15. Número de expediente:** 1 1732 619

**Ingreso:** 4 junio **Egreso:** 9 junio 2004 **Días de estancia:** 6 días

**Principales hallazgos**

Masc., 5 años, quien ingresa por abuso sexual por parte de primo de 10 años. Caso requirió intervenciones de trabajo social, OIJ. PANI, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresó un viernes y debió esperar dos días (sábado y domingo) para ser valorado por TS el lunes próximo (7 de junio). TS realiza intervención en el lapso de 3 días es decir, 7, 8 y 9 de junio.

**Impresión de investigadora:** Los ingresos en fines de semana, son factores de importancia a considerar al analizar estancias prolongadas en casos de niños agredidos, dado que generalmente los servicios que ameritan: TS, psicología, PANI no se encuentran disponibles en ese periodo.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Es meritorio decir que este caso fue reportado al OIJ desde su inicio, lo cual es una práctica que favorece la no prolongación de las estancias.

**16. Número de expediente:** 1 15 88 001

**Ingreso:** 22 junio      **Egreso:** 30 junio 2004      **Días de estancia:** 9 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 9 años, quien es traída por la maestra por presunta situación de abuso, presunto ofensor desconocido. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, OIJ, psicología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Desde martes 22 junio se indica en expediente solicitud de “valoración por TS”. TS inicia intervención el 23 de junio. Ese mismo día lo refiere al PANI.

✓ PANI resuelve situación en el lapso que comprende del 23 de junio hasta el 30 de junio, o sea en el transcurso de 6 días hábiles. La niña debió estar hospitalizada un fin de semana, en espera de esta resolución. Para el HEP la valoración del PANI significó 8 días de internamiento.

**Impresión de investigadora:** La atención que el PANI brinda se ve motivada por la necesidad de valorar recursos familiares y comunales. Sería recomendable que se diera con mayor agilidad y carácter de prioridad.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

TS realiza valoraciones ágiles y oportunas para determinar con prontitud si es o no recomendable solicitar valoraciones del PANI.

## AGOSTO

**17. Número de expediente:** 11 73 99 45

**Ingreso:** 24 agosto      **Egreso:** 30 agosto 2004      **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Fem., 5 años, quien ingresa por madre agredida, aparente agresor ex esposo, niña SNA. Caso requirió intervenciones de trabajo social, CEINA, Fiscalía, Inamu, Defensoría Habitantes etc....

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingresó un martes 24 de agosto. La intervención realizada por trabajo social fue prolongada (25 al 30 agosto). No obstante ello fue necesario por la complejidad del caso en atención y así, la necesaria coordinación de actores que debían actuar en pro de garantizar la seguridad de esta madre y su niña. Al final de la intervención la madre afectada se negó a ser trasladada a un albergue del INAMU, optó por cambiar de sitio de domicilio.

**Impresión de investigadora:** Es importante considerar que dada la complejidad del conflicto social, muchos de los casos de índole social ameritan según sea la afectación de la vida de seres humanos, una serie de intervenciones que sólo pueden derivarse de un contexto multisectorial. Por lo que, generalmente las intervenciones sociales requieren tiempo para ser ejecutadas y así, observarse sus resultados.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Capacitar a personal de salud sobre la visión integral que ameritan los casos de niños agredidos al ser abordados en un Centro Hospitalario.

**18. Número de expediente:** 4 440 157

**Ingreso:** 24 agosto    **Egreso:** 30 agosto 2004    **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Fem., 2 meses, quien ingresa por madre agredida, aparente agresor ex esposo, niña SNA. Excompañero de la madre la agredió, haciendo que ingiriera sustancia desconocida. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio, Rayos X, CEINA, Fiscalía, Inamu, Defensoría Habitantes etc....

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingresó un martes 24 de agosto. La intervención realizada por trabajo social fue prolongada (25 al 30 agosto). No obstante ello fue necesario por la complejidad del caso en atención y así, la necesaria coordinación de de actores que debían actuar en pro de garantizar la seguridad de esta madre y su niña (también se hospitalizó la hermana de 5 años). Al final de la intervención la madre afectada se negó a ser trasladada a un albergue del INAMU, optó por cambiar de sitio de domicilio.

**Impresión de investigadora:** Es importante considerar que dada la complejidad del conflicto social, muchos de los casos de índole social ameritan según sea la afectación de la vida de seres humanos, una serie de intervenciones que sólo pueden derivarse de un contexto multisectorial. Por lo que, generalmente las intervenciones sociales requieren tiempo para ser ejecutadas y así, observarse sus resultados.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Capacitar a personal de salud sobre la visión integral que ameritan los casos de niños agredidos al ser abordados en un Centro Hospitalario.

**SETIEMBRE**

**19. Número de expediente:** 11 65 30 69

**Ingreso:** 6 de setiembre    **Egreso:** 28 de setiembre 2004    **Días de estancia:** 23 días

**Principales hallazgos**

Fem., 8 años, quien ingresa por observación por SNA, abuso sexual, presunto ofensor padre biológico. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, Ministerio Público, laboratorio, psicología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niña ingresó un lunes 6 de setiembre. Ese mismo día se recibe interconsulta y se inicia valoración social. TS concluye intervención el 8 de setiembre y así decide referir caso al PANI. Esta Institución resuelve el caso hasta el 28 de setiembre. O sea, 21 días después de haberse referido caso. En realidad realizó su intervención en 15 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** Definitivamente esta estancia se vio favorecida por espera de resolución del PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor agilización en valoraciones a realizar por parte del PANI. En especial, conferir prioridad en atención de estos casos.

**20. Número de expediente:** 1 14 91 818



*Ingreso: 30 setiembre Egreso: 7 de octubre Días de estancia: 8 días*

**Principales hallazgos:**

Fem., 12 años, con historia de abuso sexual, presunto ofensor abuelo. Caso requirió intervenciones de trabajo social, valoración forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Valoración forense se realizó hasta el 3 de octubre, o sea 4 días después de su internamiento. Con este proceder se activa otro proceso en la fiscalía, orientado a privar de libertad a presunto ofensor.

✓ Espera de que la fiscalía realizara procedimientos orientados a privar de libertad a presunto ofensor. Niña egresa el jueves 7 octubre, una vez que la fiscalía realiza sus respectivas actuaciones.

**Impresión de investigadora:**

Niña ingresó un jueves 30 setiembre. TS inicia su intervención ese mismo día. Intervención social se realizó en un día. En este caso se definió egreso con seguimiento por parte del PANI.

Impresiona que la niña debió esperar actuaciones de la fiscalía que viniesen a garantizar su protección una vez que egresara del centro médico.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Reportar casos al OIJ o Fiscalía, inmediatamente que ingresen al Centro Hospitalario.

**OCTUBRE**

**21. Número expediente:** 11 88 26 62

**Ingreso:** 9 octubre **Egreso:** 13 octubre 2004 **Días de estancia:** 5 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 1 año, referido de la Clínica de Buenos Aires, quien ingresa por observación SNA: Abuso sexual. Caso requirió intervenciones de TS.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niño ingresó un sábado 9 de octubre o sea, en un fin de semana.

**Impresión de investigadora:** TS valora caso el lunes 11 de octubre, su valoración se extendió hasta el miércoles 13 octubre, o sea se realizó en el lapso de 3 días.

Los ingresos de niños agredidos en fines de semana, suelen generar estancias hospitalarias dado que dentro de la valoración integral que ameritan, suele suceder que algunos servicios de índole socio-psicológico no estén disponibles en esos momentos.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

No se observan en este caso.

**AÑO 2005**

**FEBRERO**

**1. Número de expediente: 11 56 02 17**

**Ingreso:** 6 febrero **Egreso:** 11 febrero 2005 **Días de estancia:** 6 días

**Principales hallazgos**

Masc, 12 años, observación por abandono, fue traído por la Cruz Roja porque fue reportado por la Guardia de Asistencia Rural. Paciente abandonado junto con su hermana, abandonado por madre en un precario. Caso requirió intervenciones de: trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresa un domingo 6 de febrero. El lunes 7 de febrero es intervenido por trabajo social quien decide referir al PANI en fecha 8 del mismo mes. Esta Institución resuelve el 11 de febrero, es decir en el lapso de 4 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** Considero que esta estancia se vio favorecida por esperar resultado de valoración del PANI. También, esta estancia se vio algo afectada por ser un ingreso en un fin de semana.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**2. Número de expediente: 1187 6205**

**Ingreso:** 6 febrero **Egreso:** 9 febrero 2005 **Días de estancia:** 4 días

**Principales hallazgos**

Fem., 1 año, ingresa por abuso sexual. Aqueja dolor a nivel vaginal.

Caso requirió intervenciones de: forense, trabajo social, laboratorio. Consulta al CEINA.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa en un día domingo, en el cual prácticamente se carece de atención psico-social. Se observa que a su ingreso se indica en expediente valoración por trabajo social. Trabajo social inicia intervención al día siguiente. Esta valoración tardó 3 días hábiles o sea, hasta el 9 de febrero. Ese mismo día fue valorada por medico forense.

**Impresión de investigadora:** Considero que esta estancia se vio favorecida por ser un ingreso en un fin de semana, lo cual favorece que se contabilice como estancia un día (domingo) no hábil para labores de profesionales en trabajo social, quienes generalmente son los que lideran este tipo de intervenciones. En este caso se observa que su intervención fue realizada en un lapso considerado como breve.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**3. Número de expediente: 11 89 64 58**

**Ingreso:** 6 febrero **Egreso:** 17 febrero 2005 **Días de estancia:** 11 días

**Principales hallazgos**

Masc, 1 año, observación por abandono, escabiasis. Traído por la Fuerza Pública. Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, tratamiento.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresó un domingo 6 de febrero. El lunes siguiente fue valorado por trabajo social (TS) quien decide referir al PANI ese mismo día. Esta Institución valora caso en el lapso comprendido entre el 7 y 17 de febrero o sea, 8 días de internamiento o bien, en el transcurso de 6 días hábiles (recuérdese que el PANI no labora en fines de semana).

✓En fecha 12 de febrero, mientras esperaba resolución del PANI el niño adquiere una infección nosocomial.

**Impresión de investigadora:** Estancia favorecida por espera de resolución del PANI y además, por la infección nosocomial adquirida.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

**4. Número de expediente: 1153 1792**

**Ingreso:** 28 de febrero **Egreso:** 4 de marzo 2005 **Días de estancia:** 5 días

**Principales hallazgos**

Fem., 11 años, ingresa con historia de que un vecino intentó abusar de ella. Referida de Clínica de Buenos Aires. Caso requirió intervenciones de medico forense, trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un lunes 28 de febrero. Ts indica en sus observaciones que hasta el jueves 3 de marzo, o sea cuatro días después del internamiento recibe interconsulta correspondiente. Al leer expediente no se observan motivos de esta situación. Intervención de trabajo social se ejecutó en un día.

✓La niña a su ingreso “espera valoración forense”. En fecha 3 de marzo se indica “pendiente valoración forense”.

**Impresión de investigadora:** En mi opinión esta estancia se vio favorecida principalmente por retraso de entrega de interconsulta en trabajo social. También, por la espera de la valoración forense, la cual impresiona haberse realizado 5 días después del internamiento de la niña, o sea el 4 de marzo.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Notificar al Ministerio Público desde el ingreso del usuario al centro hospitalario situaciones de presunto abuso sexual. Llevar un cuaderno de entrega y recibo de interconsultas.

**MARZO**

**5. Número de expediente: 11 82 24 47**

**Ingreso:** 11 marzo **Egreso:** 19 marzo 2005 **Días de estancia:** 9 días

**Principales hallazgos**

Fem., 3 años, quien es referida de la Clínica de Buenos Aires, por abuso sexual, aparentemente por parte de hermano adoptivo, sepsis urinaria.

Caso requirió intervenciones de trabajo social, valoración forense, TS Clínica de Buenos Aires, laboratorio, CEINA.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un viernes 11 de marzo, o sea en un fin de semana.

✓TS recibe interconsulta e inicia su intervención el lunes 14 de marzo. El miércoles 16 de marzo solicita a TS de la Clínica de Buenos Aires, información actual del contexto inmediato en que se desenvuelve la niña. Esta información se recibe el viernes 18. O sea, 1 semana después del ingreso de la niña. Esta egresó el sábado 19 de marzo.

✓ Niña debió cumplir tratamiento por 7 días.

**Impresión de investigadora:** Es importante agilizar el envío y recibo de interconsultas a TS u a cualquier otro servicio que amerite un caso de niño agredido. Asimismo, la coordinación con TS de la Clínica de Buenos Aires.

En este caso se observa que la solicitud de información de TS del HEP a la Clínica de Buenos Aires se hizo hasta el 16 de marzo y que ésta fue enviada al día siguiente. Entonces, es necesario que TS del HEP solicite con mayor prontitud la información del contexto en que se desenvuelve el paciente. Para así, realizar intervenciones rápidas,

efectivas y eficaces.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Reportar al OIJ todo caso de presunto abuso en perjuicio de un niño, tal y como se hizo en este caso.

Sería ideal que todo caso que ingrese para valorar presunto abuso, sea reportado a TS desde su ingreso.

Todo caso que se refiera de la Clínica de Buenos Aires, para valorar por presunto abuso sexual, sea reportado a TS de dicha clínica con el fin de agilizar el envío de información que usualmente se requiere cuando se abordan estos casos en TS del HEP.

Contar con un equipo interdisciplinario como el CEINA, que en casos de significativa complejidad constituye un soporte en la toma de decisiones orientadas a garantizar la protección del niño en estudio.

**6. Número de expediente: 11 909 752**

**Ingreso:** 30 marzo      **Egreso:** 8 abril 2005      **Días de estancia:** 10 días  
**Principales hallazgos**

Masc, 9 meses, quien ingresa por presunto abuso sexual, presunto ofensor padrastro. Requiere intervención por trabajo social, forense, CEINA, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresó un miércoles 30 de marzo. Trabajo social recibe interconsulta ese mismo día e inicia su respectiva valoración. Esta concluye el viernes 8 de abril. Niño debió permanecer un fin de semana en espera de conclusión de esta valoración.

**Impresión de investigadora:** Estancia favorecida por espera de conclusión de valoración social.

**Factores que inhiben las estancias hospitalarias:**

Procurar que las valoraciones que se soliciten con respecto a un niño agredido sean realizada con carácter de prioridad.

**MAYO**

**7. Número de expediente: 116 95 179**

**Ingreso:** 6 de mayo      **Egreso:** 14 mayo 2005      **Días de estancia:** 9 días

**Principales hallazgos**

Fem., 7 años, caso detectado en consulta social quien ingresa por abuso sexual, presunto ofensor padre biológico y otro conocido. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio, ceina, valoración forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa en un fin de semana, o sea el viernes 6 de mayo.

✓TS realiza intervención el viernes 6 de mayo, o sea el mismo día de ingreso. El lunes 9 de mayo decide referir caso al PANI ante actitud de no protección de la madre. El PANI resuelve caso el viernes 13 de mayo, 5 días después de la referencia.

✓El 10 de mayo la niña presentó diarrea y vómitos, se le suministró tratamientos hasta el 14 de mayo.

**Impresión de investigadora:**

Los ingresos en fines de semana suelen generar estancias hospitalarias prolongadas. Usualmente los servicios de TS, psicología, PANI que ameritan los casos de niños agredidos no laboran en esos periodos.

En general, la actuación de TS en este caso fue rápida, no impresiona lo mismo la actuación del PANI. La cual impresiona ser realizada en un lapso ante el cual se expone a la niña a contraer infecciones intrahospitalarias.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

TS u otros servicios que requiera un niño agredido, realicen su intervención a la mayor prontitud posible.

**8. Número de expediente: 11 87 01 18**

**Ingreso:** 21 mayo **Egreso:** 2 de junio 2005 **Días de estancia:** 13 días

**Principales hallazgos**

Fem., 2 años, paciente con cuadro de que fue abusada por padraastro por lo que se le refiere para valoración forense. Caso requirió intervenciones de trabajo social, valoración forense

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

- ✓ Niña ingresó un sábado, o sea en un fin de semana.
- ✓ TS recibe interconsulta el martes 24 de mayo. La paciente estaba esperando esta valoración desde el sábado 21 de mayo. TS debió coordinar con la TS de la Clínica de Buenos Aires. Esta coordinación transcurrió en el lapso de 10 días de internamiento (24 mayo al 2 junio). En realidad, 8 días hábiles, recuérdese que estos servicios no laboran en fines de semana.
- ✓ Psicología valora caso hasta el miércoles 25 de mayo. Al parecer recibió interconsulta el lunes 23 de mayo.

**Impresión de investigadora:**

Estancia prolongada favorecida por varios factores: envío de interconsulta a TS no inmediato, una coordinación con las TS de Clínica de Buenos Aires, cuya realización de trabajo de campo significó importante número de días de internamiento para esta paciente.

Psicología brinda una atención hasta 2 días después de haberse solicitado. Lo cual hace considerar una atención no dada con la prioridad que se requiere.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor inmediatez en envío de interconsultas.

Todo servicio que amerite un niño agredido sea realizado con carácter de prioridad.

Mayor coordinación con TS de la Clínica de Buenos Aires. Todo ingreso que provenga de esa clínica sería importante que lo informen a TS de esa Clínica desde el momento en que se está decidiendo referirlo al HEP, esto podría ayudar a que los productos de las coordinaciones que se realicen con ese servicio sean realizados en un menor tiempo.

**9. Número de expediente: 6 463 970**

**Ingreso:** 30 mayo **Egreso:** 23 agosto 2005 **Días de estancia:** 85 días

**Principales hallazgos**

Fem., 6 años, indígena, referida Clínica de Buenos Aires, quien ingresa por bajo peso, dificultades respiratorias, abuso negligencia, físico, presunta agresora: su madre. Con RM y cultural, talla corta, portadora de deriv ventrículo peritoneal, anemia y severa sepsis oral, problemas visuales, terapia lenguaje. Caso requirió intervenciones de trabajo social, neurocirugía, nutrición, oftalmología, odontología, audiología, ORL, terapia respiratoria, potenciales evocados en Hosp Mejico.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

- ✓La valoración por TS se inició el miércoles 1 de junio (dos días después de su internamiento). Fue realizada en el transcurso de 6 días hábiles (1 al 9 de junio). El 9 de junio se decide referir caso al PANI.
- ✓PANI inicia valoración de caso y solicita el martes 28 de junio la opinión del CEINA sobre este caso. O sea, 12 días hábiles después de conocer sobre existencia de esta situación. El 29 de junio el CEINA sugiere egreso con la madre, con estricto seguimiento por parte de Clínica de Buenos Aires y PANI.
- ✓El jueves 21 de julio personal médico indica realizar placas a la niña, o sea 1 mes y medio después de estar

hospitalizada se solicitan exámenes de RX. Como resultado de ello, se logra detectar una fractura de fémur.

Esta situación generó que este caso se retomara a nivel de TS y PANI.

Desde el 22 de julio que TS (CEINA-HEP) tuvo conocimiento de este nuevo hallazgo, se procedió a coordinar con el PANI. El 22 de agosto o sea, 1 mes después de iniciar nueva coordinación con PANI esta Institución resuelve egreso con la madre.

✓Niña adquirió una infección intrahospitalaria, neumonía nosocomial.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se vio favorecida por una respuesta lenta de TS HEP, al igual que del PANI. Asimismo, por la falta de una visión en el personal médico y en general, del personal de salud que atendió caso de realizar un chequeo exhaustivo de la salud de esta niña, de forma tal, que en un lapso breve se pudiera observar cuál era el estado de salud de la niña en una forma integral. Considero que la solicitud de RX fue bastante demorada y ayudó a prolongar esta estancia.

Impresiona también que fue una estancia prolongada por todas las patologías presentadas aunado a la infección nosocomial.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Mayor capacitación sobre atención niño agredido, sobre procedimientos seguir, dx diferencial, detección etc...

Mejorar canales de coordinación con el PANI e insistir en sus niveles superiores sobre la importancia de intervenir con prontitud cuando se está valorando casos de niños hospitalizados

Promover la existencia de un Comité de Niño Agredido, cuyos esfuerzos se encaminen a COORDINAR el proceso de atención integral que requiere todo niño o niña agredido.

Promover una mejor coordinación con TS de Clínica de Buenos Aires, de modo que todo caso que sea referido de esta comunidad, sea notificado a TS de dicha Clínica al igual que a TS del HEP. Así, se podría favorecer que cuando un niño es referido al HEP, ya exista en TS de la Clínica una solicitud de envío de información sobre el particular a este nosocomio.

#### **10. Número de expediente: 11 470 761**

**Ingreso:** 13 de mayo **Egreso:** 18 de mayo 2005 **Días de estancia:** 6 días

#### **Principales hallazgos**

Fem, 13 años, quien ingresa por observación: abuso sexual, depresión secundaria. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio.

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un viernes 13 de mayo, o sea en un fin de semana. Trabajo social valora caso hasta el martes 17 de mayo. En expediente se indica "se habló con TS de Clínica del Adolescente y la trabajadora no está, se verá si se ve por trabajo social del adulto". TS valora caso en el transcurso de **un día**.

✓Psiquiatría valora caso en el lapso comprendido entre 13 de mayo y el 18 de mayo. Ese día indica egreso con seguimiento.

**Impresión de investigadora:** Estancia prolongada por requerir la paciente una valoración psiquiátrica que debió extenderse por la patología presentada.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

No se observan en este caso.

### **AGOSTO**

#### **11 Número de expediente: 11 714 424**

**Ingreso:** 5 agosto **Egreso:** 10 agosto 2005 **Días de estancia:** 6 días

#### **Principales hallazgos:**

Fem, 4 años, referida de Clínica de Buenos Aires para observación por agresión física, presunta agresora la madre. Caso requirió valoración por trabajo social, CEINA, rayos X, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un viernes 5 de agosto, o sea en un fin de semana.

✓En este caso se especifica que TS recibe interconsulta el 8 de agosto y ese mismo día realiza intervención respectiva. Esta concluye el 10 de agosto.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se vio favorecida por ser un ingreso en un fin de semana.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

En este caso no observo ninguno.

**12. Número de expediente: 28 362 34**

**Ingreso:** 5 agosto    **Egreso:** 10 agosto 2005    **Días de estancia:** 6 días

**Principales hallazgos**

Fem., 2 años, referida de la Clínica de Buenos Aires, observación por SNA, agresión física, presunta agresora la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, RX.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un viernes 5 agosto, o sea en un fin de semana.

✓En este caso no se especifica en que fecha trabajo social recibe interconsulta, sólo se observa que esta intervención concluyó el 10 de agosto. Probablemente esta intervención se realizó en el transcurso de 3 días hábiles (lunes, martes y miércoles 10 de agosto).

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se vio favorecida por ser un ingreso en un fin de semana.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

En este caso no observo ninguno.

**13. Número de expediente: 11 78 60 09**

**Ingreso:** 5 agosto    **Egreso:** 10 agosto 2005    **Días de estancia:** 6 días

**Principales hallazgos**

Fem., 4 años, referida de la Clínica de Buenos Aires, observación por SNA, agresión física, presunta agresora la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, RX.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un viernes 5 agosto, o sea en un fin de semana.

✓TS recibe interconsulta e inicia su intervención el lunes 8 de agosto. Esta intervención concluyó el 10 de agosto. Se realizó en el transcurso de 3 días.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se vio favorecida por ser un ingreso en un fin de semana. Niña debió esperar valoración de trabajo social hasta el lunes.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

En este caso no observo ninguno.

**14. Número de expediente: 11 82 33 31**

**Ingreso:** 1 agosto **Egreso:** 19 agosto 2005 **Días de estancia:** 19 días

**Principales hallazgos**

Masc., 4 años, quien ingresa con historia de haber sufrido trauma testicular, hematuria macroscópica. SNA agresión física. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio, PANI, ultrasonido, urología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓TS recibe interconsulta el viernes 5 de agosto. Habiendo ingresado el niño el lunes 1 de agosto. No se observan anotaciones que expliquen los motivos de este retraso de envío de interconsulta. Probablemente, fue la espera de realización de exámenes que permitieran descartar causa orgánica.

TS realiza su intervención en 4 días hábiles (lunes 8 al jueves 11 de agosto). El 11 de agosto, se decide referir caso al PANI, ante situación de riesgo moderado-alto en perjuicio del niño. El PANI ejecuta su intervención en 5 días hábiles. (11 al 19 de agosto). Empero, esta espera de resolución del PANI y de valoraciones por TS del HEP, le significaron al HEP 15 días de estancia hospitalaria.

**Impresión de investigadora:** Los casos que requieren intervenciones de PANI generalmente presentan estancias hospitalarias prolongadas. En este caso, parece que la parte clínica realiza una amplia valoración para descartar causa orgánica, posteriormente decide referir el caso a TS para su estudio por posible SNA. Sería pertinente que la acción interdisciplinaria que se da en el HEP sea fortalecida en procura de que se realicen intervenciones conjuntas ágiles, oportunas y efectivas.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Entrega oportuna de interconsultas a trabajo social o a cualquier otro servicio que ameriten estos niños.

Mejorar canales de coordinación con el PANI e insistir en sus niveles superiores sobre la importancia de intervenir con prontitud cuando se está valorando casos de niños hospitalizados.

Fortalecer al Comité de Estudio de Niño y Adolescente Agredido (CEINA) a fin de que siga constituyéndose en un soporte de la coordinación de la atención integral que debe recibir todo niño o niña agredido.

**15. Número de expediente: 11 602 537**

**Ingreso:** 17 agosto **Egreso:** 23 agosto 2005 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Niña, 10 años, quien ingresa por abuso sexual, presunto ofensor desconocido. Caso requirió intervenciones de trabajo social, valoración forense, OIJ.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un miércoles 17 agosto. Desde su ingreso se indicó “valorar por Psicología. Psicología recibe interconsulta el lunes 22 de agosto e inicia su intervención. No se observan anotaciones que aclaren demora de envío de interconsulta respectiva. Al parecer Psicología es informado de situación de esta niña 6 días después de su internamiento.

Esta intervención duro un día.

**Impresión de investigadora:**

Da la impresión que esta estancia se pudo haber evitado si se hubiese remitido interconsulta a psicología con mayor prontitud.



En este caso no se solicitó valorar por TS desde su ingreso. Empero, se observa que por solicitud del Dr. De Franco, miembro del CEINA, se hace una coordinación con Trabajo social Clínica del Adolescente para que egrese con cita en este servicio.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Realizar un eficaz envío y recibo de interconsultas.

Profesional encargado de dar atención a estos casos, les confiera un carácter de atención prioritario.

**16. Número de expediente: 11 60 71 13**

**Ingreso:** 29 agosto **Egreso:** 11 setiembre 2005 **Días de estancia:** 14 días

**Principales hallazgos**

Fem, 10 años, paciente con historia de larga duración de cefalea que ha aumentado y que frecuente dolor frontoparental. Caso requirió intervenciones TS, psicología, ORL, neurocirugía, fisiatría, CEINA.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Psicología valora caso el 7 de setiembre, o sea 10 días después de su internamiento. No se especifican motivos de esta valoración tardía. TS solicita valoración por psicología el 1 setiembre. Llama la atención que la coordinación realizada con la Psicóloga favorece que ésta le dé una cita para el 7 de setiembre, esto a pesar de estar la niña hospitalizada, y estar significando esto un riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias y un gasto de días de estancia para el HEP.

✓ Luego de que el caso fue valorado por TS (1 y 2 setiembre) la niña debió permanecer hospitalizada completando el tratamiento clínico hasta el 11 de setiembre.

**Impresión de investigadora:**

TS inicia su intervención el jueves 1 setiembre, al día siguiente la concluye con seguimiento ambulatorio por parte de PANI. Por su parte Psicología realiza una intervención el 7 de setiembre y concluye que es el PANI la institución que debe dar el seguimiento. En ambas intervenciones se concluye que su trámite fue ágil.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

El fomentar vínculos de coordinación intrahospitalarios cuya interacción coadyuve a la efectividad de la atención interdisciplinaria que requiere todo niño víctima de abuso. La acción interdisciplinaria se constituye en una herramienta que alimenta la toma de decisiones sobre estos casos, lo cual agiliza las intervenciones que se deben de hacer de cara a las valoraciones de factores de riesgo y protectores que se deben considerar ante el eventual egreso del niño o niña del centro hospitalario.

**SETIEMBRE**

**17. Número de expediente: 11 59 23 38**

**Ingreso:** 16 setiembre **Egreso:** 22 setiembre 2005 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Masc, 10 años, referido Ebais de Pavones, por "SNA abuso sexual, persona conocida". Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI, CEINA, psicología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓ Niño ingresó un viernes 16 de setiembre, o sea en un fin de semana.

✓ Trabajo social recibe interconsulta el martes 20 setiembre, habiendo ingresado el usuario el viernes 16 de setiembre. En el expediente se observa que se indicó solicitud de esta valoración desde el ingreso del usuario.

TS realiza su intervención en 2 días. El 21 de setiembre refiere caso a PANI con copia a Defensoría Habitantes. PANI

asume seguimiento. .

**Impresión de investigadora:**

En este caso fue posible el egreso del niño sin esperar resolución del PANI, dado que por sus características podía egresar en estas condiciones. Existen otras situaciones en las que dada la presencia de riesgo moderado-alto en perjuicio del niño es pertinente solicitar intervención del PANI para asegurar que la integridad del niño va a estar protegida una vez que egrese del centro hospitalario.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Capacitar a personal de salud de emergencia, para realizar adecuados filtros en el momento de decidir qué niños con posible SNA, ameritan hospitalización. Así también, dejar claridad de datos de ubicación de los pacientes que en su opinión no ameritaban un internamiento, pero sería recomendable profundizar en información dada por familiares..

**18. Número de expediente: 11 71 52 71**

**Ingreso:** 16 setiembre    **Egreso:** 23 setiembre 2005    **Días de estancia:** 8 días

**Principales hallazgos**

Fem., 7 años, quien ingresa por SNA (agresión física). Niña vino acompañada por oficial de policía, presunto agresor padrastro.

Caso requirió intervenciones de trabajo social, odontología,

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un viernes 16 de setiembre, o sea en un fin de semana.

✓El lunes 19 de setiembre TS recibe interconsulta e inicia valoración. El jueves 22 de setiembre, solicita al PANI valorar recursos familiares identificados en el medio hospitalario, dado que la madre no se había presentado desde el ingreso de la niña. El PANI resuelve al día siguiente, es decir el viernes 23 de setiembre.

**Impresión de investigadora:** Los ingresos en fines de semana suelen generar estancias hospitalarias prolongadas. Usualmente los servicios de trabajo social, psicología, PANI que ameritan los casos de niños agredidos no laboran en esos periodos.

En general, la actuación de TS en este caso fue rápida, dado que ante la no presencia de la madre en el medio hospitalario se procedió a entrevistar a otros recursos familiares presentes. Posteriormente, el PANI dio su aval para que la niña egresara con su abuela, tal y como lo sugería Trabajo social.

Es pertinente para otros casos semejantes, no dar mucho tiempo en espera de figuras parentales, en especial cuando impresionan no deseo de apersonarse al medio hospitalario. Y así, proceder con premura a solicitar al PANI su aval para que la niña o niño egrese con otra persona responsable que quiera asumirla (o).

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

TS y PANI valoren casos con prioridad.

**19. Número de expediente: 11 89 62 88**

**Ingreso:** 22 setiembre    **Egreso:** 27 setiembre 2005    **Días de estancia:** 6 días

**Principales hallazgos**

Fem., 1 año, con historia de dermatitis y vulvovaginitis a repetición. Descartar abusos deshonestos, se sospecha de 4 tíos adolescentes entre 13 y 18 años. Caso requirió intervenciones de trabajo social

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un jueves 22 de setiembre. Ese mismo día se indicó en expediente "IC a TS". Empero, TS recibe interconsulta e inicia su intervención hasta el lunes 26 de setiembre. O sea, 4 días después de haber sido hospitalizada. En expediente no se observan anotaciones que especifiquen en que momento se llevó la interconsulta a TS. TS si indica que la recibe hasta el día 26. TS realizó su intervención en dos días. Por tanto, el martes 27 de setiembre se indica egreso con seguimiento.

**Impresión de investigadora:**

Esta estancia se vio favorecida por no enviar a TS la interconsulta respectiva desde su ingreso.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor eficacia en envío y recepción de interconsultas.

**OCTUBRE**

**20. Número de expediente: 11 83 53 97**

**Ingreso:** 23 octubre **Egreso:** 1 noviembre 2005 **Días de estancia:** 10 días

**Principales hallazgos**

Fem., 4 años, traída por su madre, con historia a nivel de recto, mientras la bañaba niña dijo que el padre le tocó a ese nivel con su pene.

Caso requirió intervenciones de trabajo social, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un domingo 23 de octubre. El lunes 24 de octubre es valorada por TS. El martes 25 de octubre se decide enviar referencia al PANI. Esta Institución resuelve el caso en fecha viernes 28 de noviembre. O sea, en el transcurso de 4 días hábiles.

✓ El viernes 28 de noviembre, la niña se encuentra haciendo cuadros febriles, vómitos, dolor abdominal, por lo que su condición de egreso se resuelve hasta el martes 1 de noviembre.

**Impresión de investigadora:** La estancia se vio favorecida por una espera del resultado de la intervención del PANI. Asimismo, por la exposición de la niña a contraer infecciones nosocomiales, tal y como sucedió en este caso.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Intervenciones del PANI den carácter prioritario a los casos de niños hospitalizados.

**21. Número de expediente: 11 66 13 70**

**Ingreso:** 3 octubre **Egreso:** 12 octubre 2005 **Días de estancia:** 10 días

**Principales hallazgos**

Fem., 8 años, quien ingresa con historia de haber sido traída por maestra por STV asociado a disuria. Indica abuso deshonesto por sangrado vaginal presunto ofensor hermanastro 20 años que vive en casa. Madre enterada de caso. Caso requirió intervenciones de trabajo social, laboratorio.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un lunes 3 octubre. TS recibe interconsulta e inicia intervención el 4 de octubre. El viernes 7 de octubre se solicita valoración por psicología. Psicología realiza valoración hasta el martes 11 de octubre. Es decir, luego de 2 días hábiles de haber sido solicitada. La valoración en psicología se realizó en el lapso de 1 día.

✓ En el caso de TS no se especifican los motivos del por qué se prolongó su valoración (4 al 12 de octubre) y así se efectuó en 7 días hábiles. Ello favoreció que la niña permaneciera hospitalizada en un fin de semana (sábado 7 y domingo 10 de octubre) esperando que TS finalizara su intervención.

**Impresión de investigadora:**

Es necesario que toda intervención que amerita un niño agredido, sea trabajo social (TS), psicología, psiquiatría u otro servicio sea realizada con prioridad. En este caso se observa que esto no ocurrió en el caso de la interconsulta a psicología, quien atiende caso dos días hábiles después de haberse solicitado.

En general, se observa que esta estancia se prolongó por la cantidad de días que ameritó la valoración por parte de TS. La valoración por TS debe ser realizada en periodos que procuren no prolongar la estancia y así, no se exponga al niño a una infección nosocomial. Empero, la experiencia sugiere que en algunos casos las valoraciones se atrasan por: exceso de funciones de la TS, padres o encargados que no presentan al hospital, o por la demora del envío de información solicitada a otros servicios o instituciones o bien, cuando las personas que deberían resguardar la integridad del niño declinan en su responsabilidad y se debe acudir al PANI en búsqueda de una alternativa de cuidado y protección.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Realizar un efectivo envío y recibo de interconsultas.

Que el profesional que debe atender caso le dé una atención prioritaria.

**22. Número de expediente: 11 70 8520**

**Ingreso:** 20 de octubre    **Egreso:** 24 de octubre 2005    **Días de estancia:** 5 días

**Principales hallazgos**

Fem., 7 años, ingresa por SNA, abuso sexual, por parte de 2 compañeros. Referida de Ebais de San Pedro. Caso requirió intervenciones de trabajo social.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓El jueves 20 de octubre se anota en expediente “interconsulta a ts”. El 23 de octubre se indica “pendiente valorar por ts”. Llama la atención que ts inicie intervención hasta el lunes 24 de octubre, o sea, cinco días después del internamiento y así hace la siguiente observación: “personal de enfermería avisa a la suscrita existencia de caso. Se solicita a personal médico pediatra remitir interconsulta correspondiente para fines de registro”. La valoración por trabajo social fue realizada **en un día**.

**Impresión de investigadora:**

Al parecer desde su ingreso no se remitió interconsulta correspondiente a trabajo social. Por tanto, la niña debió permanecer hospitalizada un fin de semana, pese a haber sido ingresada un jueves. Entonces, impresiona que si hubiese habido mayor agilidad en el envío de interconsulta, probablemente trabajo social (ts) hubiere finalizado su intervención antes del sábado y domingo y así la estancia no se hubiera prolongado.

**Factores que inhiben estancias hospitalarias:**

Mayor control de envío y recepción de interconsultas.

**NOVIEMBRE****23. Número de expediente: 7314354**

**Ingreso:** 5 noviembre    **Egreso:** 16 de noviembre 2005    **Días de estancia:** 12 días

**Principales hallazgos**

Masc., 7 años, quien es traído por la Fuerza Pública, por presentar abandono y aparente agresión por parte de la madre. Caso requirió intervenciones de trabajo social, psicología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresa un sábado, o sea en un fin de semana.

✓TS inicia su intervención el lunes 7 de noviembre. La cual concluye el martes 15 de noviembre. O sea, su intervención fue realizada en el transcurso de una semana. Desde su ingreso hasta su egreso, este paciente debió permanecer dos fines de semana, esperando atención y resolución por parte de TS.

✓TS solicita valoración por psicología en fecha viernes 11 de noviembre, empero ésta se concretiza hasta el miércoles 16 de noviembre, es decir 3 días hábiles después de haberse solicitado. Llama la atención que desde su ingreso el personal médico solicitó dicha valoración.

**Impresión de investigadora:** Considero que esta estancia se vio favorecida por una intervención de TS que requirió de una semana. Aunado a ello, se observa que la valoración por psicología no se realiza con prontitud, más bien impresiona haberse realizado varios días después de haberse solicitado.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Mayor eficacia en envío y recepción de interconsultas.

Profesionales que deben atender niños agredidos adquieran mayor conciencia de la pronta y oportuna atención que requieren este tipo de pacientes.

Existencia de mejores canales de comunicación y retro alimentación entre los diversos servicios de apoyo a la atención del niño agredido, como son: psic, ts, psiquiatría etc...

**24. Número de expediente: 6 0463 09 70**

**Ingreso:** 1 noviembre **Egreso:** 8 de noviembre 2005 **Días de estancia:** 8 días

**Principales hallazgos**

Fem, de 6 años, abandono, paciente que se ingresa para cita en San José, según indicación de trabajo social. Revisando expediente cita era el 25 de octubre 2005. La madre vino, dejó a la niña sola. Caso requirió intervenciones de CEINA, trabajo social, pediatría.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un martes 5 de noviembre. El CEINA coordina internamiento de la niña, en principio por aparente cita en San José. Posteriormente se vuelve a valorar la posibilidad de coordinar nuevamente con el PANI a fin de que se reconsidere la medida de protección que favorecía que la madre asumiese el cuidado de la niña. Esta con antecedente de abuso por descuido por parte de su madre. Finalmente, al analizar caso con la Jefatura de Trabajo Social se concluye que dado que la niña se encuentra en conocimiento del PANI, se sugiere egreso con la madre a fin de resguardar a la niña de infecciones intrahospitalarias.

**Impresión de investigadora:** Caso que reingresa por solicitud de CEINA. Durante su permanencia en el hospital se detecta que la madre perdió control médico. Así también, se reconsidera la posibilidad de insistir ante el PANI sobre una nueva valoración de medida que permite que la niña se encuentre bajo el cuidado y supervisión de su madre.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Existencia de un protocolo de atención más específico que permita dilucidar las diferentes posibles actuaciones a ejecutar al brindar atención a la niñez agredida, según sea el tipo de abuso y circunstancias que le rodean.

**2006**

**ENERO**

**1. Número expediente:** 11 66 76 86

**Ingreso:** 24 enero **Egreso:** 30 enero 2006 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos:**

Fem, 8 años, ingresada para valorar por SNA. Caso requirió intervenciones de TS, PANI, odontología, psicología.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un martes 24 de enero. No se especifica en qué lapso fue valorada por TS ni se observa desarrollo de esta intervención. Se observa indicación en la que se puntualiza que se egresa con aval del PANI, esto en fecha 30 de enero.

✓El 25 de enero se indica en expediente de salud "llaman de psicología y dicen que a ellos no les toca valorar, sino a TS".

Solicitud de valoración por psicología se hace en el expediente desde el ingreso de la paciente.

El 26 de enero, o sea 3 días después de su internamiento psicología indica en expediente "seguimiento PANI".

**Impresión de investigadora:**

Estancia favorecida por intervención solicitada al PANI y también, por aparente no intervención inmediata por parte de psicología en este caso. Impresiona existir en dicho servicio resistencia a abordar este caso, probablemente por ser uno cuya naturaleza de riesgo social impresionaba ser un caso de inminente intervención del PANI.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Capacitar al personal de salud sobre la importancia de brindar a los niños y niñas agredidos servicios de salud integrales, independientemente de que una vez que egresen del Centro Hospitalario o aún estando en él, requieran o no de la atención del PANI.

**FEBRERO****2. Número expediente: 11 92 84 77**

**Ingreso:** 15 febrero **Egreso:** 21 febrero 2006 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Fem, 1 año, quien fue traído por miembros de la Fuerza Pública, por observación SNA: madre lo dejó abandonado. BN, IVRS. Caso requirió intervenciones de TS, PANI.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña debió cursar tratamiento clínico por espacio de 7 días.

**Impresión de investigadora:** Niña ingresó un miércoles 15 de febrero. TS valoró caso al día siguiente, este día lo refiere al PANI. Al parecer el PANI ya tenía en albergue a otros de los hermanos de la niña. Intervención de esta institución tardó solo un día, o sea para el 16 de febrero el PANI había dado su resolución. Esto me lleva a considerar que fue una intervención a nivel social realmente ágil.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

No se observan en este caso.

**MARZO****3. Número expediente: 40 54 33 56**

**Ingreso:** 16 de marzo **Egreso:** 23 de marzo 2006 **Días de estancia:** 8 días

**Principales hallazgos**

Fem, 8 meses, ingresado a urgencias por presentar SNA, con historia de fiebre + vómito. Lo trae la niñera con historia de que la madre es comerciante, no quiere dar nombre de los padres. Caso requirió intervenciones de: TS

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓La niña debió permanecer hospitalizada un fin de semana (comprendido por los días 17, 18 y 19 de marzo) así como los días 20, 21, 22 y 23 de marzo para completar tratamiento clínico.

**Impresión de investigadora:**

Niña ingresa jueves 16 de marzo. El viernes 17 de marzo TS inicia intervención correspondiente. La cual se realiza en el transcurso de 2 días hábiles (17 y lunes 20 de marzo).

Considero que esta estancia se vio favorecida por requerir esta niña tratamiento clínico.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

No se observan en este caso.

**ABRIL**

**4. Número expediente:** 118 03 041

**Ingreso:** 30 abril **Egreso:** 6 mayo 2006 **Días de estancia:** 7 días

**Principales hallazgos**

Masc., 5 años, quien es referido de la Clínica de Buenos Aires. Observación por SNA, ostiomilitis, trauma MID, celulitis MID post trauma.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niño ingresa un domingo 30 de abril. Debió esperar valoración por TS, la cual se dio 3 de mayo. Llama la atención que estuvo esperando esta valoración desde su ingreso, luego el 1ero de mayo y por último, ésta se concretiza hasta el día 3 mayo. No se especifican las razones de no intervención desde el martes 2 de mayo. Al parecer esta intervención concluyó el 3 de mayo, o sea se realizó en un día.

✓Niña debió cursar tratamiento clínico por espacio de 7 días.

**Impresión de investigadora:** Esta estancia se vio favorecida dado requerimiento de paciente de cursar tratamiento clínico por espacio de 7 días.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Sería oportuno que TS y cualquier profesión que brinde atención al niño agredido dé carácter de prioridad a este tipo de atenciones.

**JUNIO**

**5. Número expediente:** 116 02 537

**Ingreso:** 5 junio

**Egreso:** 16 junio

**Días de estancia:** 12 días

**Principales hallazgos**

Fem, 11 años, ingresada para valorar por presunto abuso sexual, presunto ofensor: desconocido. Caso requirió intervenciones de TS, médico forense.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un lunes 5 de junio. Se observa que notificación al Ministerio Público, se hace hasta el miércoles 7 de junio. No se procede a realizar dicha intervención desde su ingreso

✓Al parecer se solicita valoración por psicología el miércoles 7 de junio. No obstante, ésta se inicia hasta el martes 13 de junio. Es decir, hasta que transcurrieron 5 días hábiles (paciente debió estar hospitalizado fin de semana 10 y 11 de junio) en espera de esta valoración.

✓Niña ingresa un lunes 5 de junio. TS inicia valoración el 6 de junio y el miércoles 7 de junio decide referir caso al Patronato Nacional de la Infancia. Esta Institución resuelve situación hasta el 16 de junio o sea, emite una resolución en el lapso de 7 días hábiles.

**Impresión de investigadora:** Estancia favorecida por intervención solicitada ante el Patronato Nacional de la Infancia. La cual impresiona haberse realizado lentamente o no, con la rapidez deseada, a fin de no exponer a la niña a riesgo de infecciones hospitalarias. También, afecta estancia atención no solicitada desde su ingreso al servicio de psicología. La cual impresiona no haberse realizado con prontitud.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Sería útil precisar un protocolo de atención integral a niños agredidos, así se podría prever situaciones específicas que ameritan cada caso de niño agredido según tipo de abuso que presenta. Por ej. Los niños agredidos físicamente suelen requerir valoración de trabajo social y psicología al mismo tiempo. La definición de un protocolo de atención más específico podría ayudar a precisar desde el momento de su ingreso al Centro Médico cuáles son las valoraciones mínimas que requiere un niño agredido (según sea el abuso o abusos que presente) desde un punto de vista integral. De esta forma, la solicitud a servicios como trabajo social, psiquiatría, psicología u otros se haría con la premura necesaria, y así esto podría favorecer a que estas intervenciones se inicien con mayor prontitud en especial por ser del tipo de intervenciones que suelen requerir de mayor tiempo en su ejecución para poder obtener resultados visibles. Otro ejemplo sería que un protocolo más específico podría ayudar a enfatizar en el personal de salud la pertinencia de que en todo caso de una niña o niño que presente algún tipo de abuso es indispensable notificarlo al OIJ o Ministerio Público desde su ingreso, a fin de agilizar el proceso penal respectivo.

## **JULIO**

### **6. Número expediente: 11 55 54 52**

**Ingreso:** 5 de julio    **Egreso:** 8 de julio 2006    **Días de estancia:** 4 días

#### **Principales hallazgos**

Fem, 12 años, ingresa para observación SNA: abuso sexual, presunto ofensor ignorado. Caso requirió intervenciones de TS, CEINA, médico forense, PANI, reporte OIJ, medico legal.

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓En este caso no se observan. En este caso no se especifica cuando se realizó la valoración forense. Si el caso no fue reportado desde su ingreso esto podría explicar el motivo de egreso hasta el día sábado.

#### **Impresión de investigadora:**

Niña ingresó un miércoles 5 de julio. TS inicia su intervención el 6 de julio. Esta concluye el 7 de julio. Situación similar ocurrió con la intervención psicológica. En general, podría decirse que en este caso las intervenciones realizadas se llevaron a cabo en un lapso de 3 días. No se especifica las razones del egreso el día sábado.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Notificar al Ministerio Público u OIJ situaciones de niños agredidos desde su ingreso.

## **AGOSTO**

### **7. Número expediente: 11 66 65 57**

**Ingreso:** 10 agosto    **Egreso:** 14 agosto 2006    **Días de estancia:** 5 días

#### **Principales hallazgos**

Fem, 9 años, ingresada para valorar por Síndrome de Niño Agredido. Caso requirió intervenciones de psicología, TS, PANI.

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**



✓Niña ingresa jueves 10 de agosto. TS inicia intervención al día siguiente. Ese mismo día coordina con el Patronato Nacional de la Infancia, para valorar posible egreso con su consentimiento.

Paciente requiere permanecer hospitalizada fin de semana (12 y 13 de agosto) en espera de que el PANI diese su aval para egreso del hospital. Dicha coordinación favorece que el PANI de su autorización de egreso en fecha lunes 14 de agosto.

**Impresión de investigadora:** Estancia favorecida por ser un ingreso que se realizó en víspera de un fin de semana. Llama la atención que se solicitó valoración por psicología desde su ingreso, pero no se observa en expediente desarrollo de esta intervención.

#### **Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

Fomentar vínculos de coordinación con organizaciones del entorno que actúen pro bienestar de los niños y niñas, por ej: PANI.

## **SETIEMBRE**

### **8. Número de expediente: 1189 6322**

**Ingreso:** 1 setiembre 2006 **Egreso:** 5 setiembre 2006 **Días de estancia:** 5 días

#### **Principales hallazgos**

Fem., 2 años, ingresa por abuso sexual. Paciente con historia de que presenta dolor vaginal. Madre refiere que un tío y un primo le tocaron la vagina. Caso requirió intervenciones de valoración forense, trabajo social, psicología.

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Ingreso se da un viernes 1 de setiembre, con lo cual se sitúa intervención integral en un fin de semana. Ts interviene caso el lunes 4 setiembre y finaliza su intervención al día siguiente.

**Impresión de investigadora:** Estancia se prolongó por situarse intervención integral de cara a un fin de semana, en ese lapso no hay servicio de psicología ni de trabajo social, ni siquiera para valoraciones de emergencia. Llama la atención que se indique a su ingreso no solo valoración por trabajo social sino también por psicología. En revisión de expediente no se observan anotaciones de intervención en psicología, por tanto impresiona que no se realizó.

#### **Factores inhibidores de estancia hospitalarias:**

No se observan en este caso.

## **OCTUBRE**

### **9. Número expediente: 11 63 703 46**

**Ingreso:** 26 octubre **Egreso:** 30 octubre **Días de estancia:** 5 días

#### **Principales hallazgos**

Fem., 10 años, fue referida por observación Síndrome Niño Agredido: Abuso sexual, presunto ofensor: desconocido. Caso requirió intervenciones de TS, CEINA.

#### **Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresó un jueves 26 de octubre. TS inició su valoración al día siguiente (viernes). La paciente debió esperar hasta el lunes 30 de octubre para que esta profesión concluyera su intervención.

**Impresión de investigadora:** Los ingresos que se deben hacer en fines de semana generalmente generan estancias prolongadas, dado que el tipo de intervenciones integrales que requieren por ej: psicología, TS, CEINA y otros no prestan sus servicios en esos lapsos.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias**

No se observan en este caso.

**NOVIEMBRE**

**10. Número expediente: 64 33 803**

**Ingreso:** 25 noviembre **Egreso:** 28 noviembre 2006 **Días estancias:** 4 días

**Principales hallazgos**

Fem, de 10 años, quien es hospitalizada por presentar abuso sexual por parte de tío materno. Viene referida de Clínica de Urgencias, ingresa acompañada por la madre.

**Tras análisis se concluyen como factor (es) que prolongaron estancia:**

✓Niña ingresa un sábado 25 de noviembre, o sea en un fin de semana.

✓TS inicia intervención hasta el martes 28 de noviembre. O sea, 3 días después de su internamiento.

**Impresión de investigadora:**

Estancia hospitalaria favorecida por ser un ingreso en fines de semana. Además, de que se da una intervención en TS hasta el día martes 28 de noviembre. Ese mismo día se emite desde punto de vista social, referencia a TS Hosp. Tomás Casas.

No se especifican motivos del por qué TS, no inicia su intervención el propio lunes 27 de noviembre. Al parecer si se había indicado en el expediente de salud.

**Factores inhibidores de estancias hospitalarias:**

Que los servicios que prestan atención a niños agredidos, realicen sus intervenciones a la mayor brevedad posible.

## ANEXO 6:

## Distribución de los entrevistados según respuesta esperada por afirmación. 2002-2006.

Afirmación	No					
	esperado		Esperado		Total	
	#	%	#	%	#	%
1 Los casos de niños y niñas abusados o agredidos sólo corresponden a trabajo social.	2	6,7	28	93,3	30	100,0
2 La violencia contra un niño o niña en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de esta persona.	0	0,0	30	100,0	30	100,0
3 Los casos de niños y niñas agredidas son un problema de salud.	6	20,0	24	80,0	30	100,0
4 El personal de salud es el más adecuado para la referencia de niños y niñas víctimas de maltrato hacia las instituciones especializadas en manejar estos casos.	10	33,3	20	66,7	30	100,0
5 Los casos de niños y niñas que sufren algún tipo de abuso (físico, sexual etc...) no es un problema que se presenta en la práctica médica.	0	0,0	30	100,0	30	100,0
6 Al personal de salud que le corresponde atender a niños (as) agredidos (as) poco les interesa la situación personal de éstos.(as)	3	10,0	27	90,0	30	100,0
7 No es útil registrar los casos de niños (as) que sufren maltrato y son detectados en su intervención	0	0,0	30	100,0	30	100,0
8 Los casos de niños (as) víctimas de maltrato son posibles de identificar en la consulta de rutina.	12	40,0	18	60,0	30	100,0
9 Instruir al personal de salud durante su formación sobre la atención del maltrato Infantil, no es tan importante como el instruirlos en los tratamientos de las enfermedades.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
10 Un niño (a) que vive un maltrato crónico puede llegar a suicidarse.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
11 Las consecuencias del maltrato infantil no van más allá de contusiones y hematomas.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
12 Es necesario que en las especialidades médicas se impartan cursos sobre la atención de niños (as) víctimas de violencia.	2	6,7	28	93,3	30	100,0
13 Los casos de niños (as) que sufren violencia psicológica/verbal por parte de sus encargados o cuidadores son un problema en la práctica médica.	10	33,3	20	66,7	30	100,0
14 No es necesario que se imparta instrucción sobre maltrato infantil durante la formación del personal de salud, ya que la violencia infantil no es un problema de salud.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
15 Para que el personal de salud realice preguntas sobre violencia, si se sospecha, se debe incluir en la historia clínica preguntas sobre el tema.	4	13,3	26	86,7	30	100,0
16 No es útil la prevención del maltrato infantil ya que es un problema social.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
17 La violencia contra un niño (a) es un problema privado y personal de las familias, sin embargo el personal de salud debería hacer preguntas sobre estos aspectos.	13	43,3	17	56,7	30	100,0
18 Detectar casos de violencia contra los niños (as) no es tan relevante como detectar casos de cáncer cervicouterino.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
19 La violencia que se ejerce en detrimento de un niño o niña repercute de manera muy importante sobre su salud	1	3,3	29	96,7	30	100,0
20 Identificar los casos de niños (as) maltratados no debería ser una más de las funciones del personal de salud.	2	6,7	28	93,3	30	100,0
21 El expresar y sentir sentimientos de empatía hacia los niños(as) víctimas de maltrato, no suele estar presente en el personal de salud.	8	26,7	22	73,3	30	100,0
22 En la historia de la humanidad siempre han existido niños agredidos por ello es inútil acabar con este problema.	10	33,3	20	66,7	30	100,0
23 El rechazo y resistencia ante la atención de un niño agredido no suelen estar presentes en el personal de salud.	14	46,7	16	53,3	30	100,0
24 El maltrato infantil no es un problema serio, se trata de incidentes aislados	0	0,0	30	100,0	30	100,0
25 Es necesario que el personal de salud sea capaz de proporcionar tratamiento psicológico a los niños (as) víctimas de maltrato.	4	13,3	26	86,7	30	100,0
26 Referir los casos de niños (as) agredidos no debe ser labor del personal de salud.	2	6,7	28	93,3	30	100,0
27 La atención médica (en comparación con la atención jurídica, social y psicológica) carece de importancia en relación al manejo que se pueda dar a un niño (a) maltratado.	5	16,7	25	83,3	30	100,0
28 Para que el personal de salud identifique y registre los casos de niños (as) víctimas de maltrato, no es necesario que se reglamenten políticas institucionales	10	33,3	20	66,7	30	100,0
29 La intervención médica, es poco adecuada para el tipo de respuesta que requiere un niño (a) que sufre maltrato.	11	36,7	19	63,3	30	100,0
30 El caso de un niño (a) que es víctima de maltrato es un problema que rebasa los alcances de la práctica del personal de salud y por lo tanto se debe de referir.	10	33,3	20	66,7	30	100,0
31 En general, la atención en salud al niño abusado no es de interés para el personal de salud.	4	13,3	26	86,7	30	100,0

**Distribución de los entrevistados según respuesta esperada por afirmación. 2002-2006.**

Afirmación	No					
	esperado		Esperado		Total	
	#	%	#	%	#	%
32 El fatalismo es una constante en el quehacer del personal de salud que atiende a niños agredidos.	12	40,0	18	60,0	30	100,0
33 Todo niño que presenta una sospecha de abuso, no es culpable del daño que ha recibido.	1	3,3	29	96,7	30	100,0
34 La atención de niños agredidos no genera frustración e impotencia en el personal de salud.	9	30,0	21	70,0	30	100,0
35 Los casos de niños (as) víctimas de maltrato es un problema poco relevante durante la consulta.	6	20,0	24	80,0	30	100,0
36 El personal de salud debe contar con conocimientos para realizar diagnósticos diferenciales e identificar a los niños (as) víctimas de violencia en situaciones de riesgo.	2	6,7	28	93,3	30	100,0
37 Es necesario recomendar a encargados o cuidadores de niños agredidos que busquen ayuda en servicios como: trabajo social, psicología u otros	0	0,0	30	100,0	30	100,0

## Distribución de los entrevistados según grado de acuerdo por afirmación. 2002-2006

Afirmación	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Más de acuerdo que en desacuerdo		Más en desacuerdo que de acuerdo		En desacuerdo		Completamente en desacuerdo		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1 Los casos de niños y niñas abusados o agredidos sólo corresponden a trabajo social.	0	0,0	1	3,3	1	3,3	3	10,0	12	40,0	13	43,3	30	100,0
2 La violencia contra un niño o niña en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de esta persona.	25	83,3	5	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	100,0
3 Los casos de niños y niñas agredidas son un problema de salud.	18	60,0	6	20,0	0	0,0	2	6,7	3	10,0	1	3,3	30	100,0
4 El personal de salud es el más adecuado para la referencia de niños y niñas víctimas de maltrato hacia las instituciones especializadas en manejar estos casos.	3	10,0	8	26,7	9	30,0	5	16,7	4	13,3	1	3,3	30	100,0
5 Los casos de niños y niñas que sufren algún tipo de abuso (físico, sexual etc...) no es un problema que se presenta en la práctica médica.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	11	36,7	17	56,7	30	100,0
6 Al personal de salud que le corresponde atender a niños (as) agredidos (as) poco les interesa la situación personal de éstos.(as)	1	3,3	0	0,0	2	6,7	3	10,0	10	33,3	14	46,7	30	100,0
7 No es útil registrar los casos de niños (as) que sufren maltrato y son detectados en su intervención	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	13	43,3	16	53,3	30	100,0
8 Los casos de niños (as) víctimas de maltrato son posibles de identificar en la consulta de rutina.	2	6,7	8	26,7	8	26,7	7	23,3	4	13,3	1	3,3	30	100,0
9 Instruir al personal de salud durante su formación sobre la atención del maltrato Infantil, no es tan importante como el instruirlos en los tratamientos de las enfermedades.	0	0,0	1	3,3	0	0,0	2	6,7	13	43,3	14	46,7	30	100,0
10 Un niño (a) que vive un maltrato crónico puede llegar a suicidarse.	22	73,3	7	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	30	100,0
11 Las consecuencias del maltrato infantil no van más allá de contusiones y hematomas.	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	26,7	21	70,0	30	100,0
12 Es necesario que en las especialidades médicas se impartan cursos sobre la atención de niños (as) víctimas de violencia.	20	66,7	8	26,7	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3	30	100,0
13 Los casos de niños (as) que sufren violencia psicológica/verbal por parte de sus encargados o cuidadores son un problema en la práctica médica.	7	23,3	9	30,0	4	13,3	4	13,3	3	10,0	3	10,0	30	100,0
14 No es necesario que se imparta instrucción sobre maltrato infantil durante la formación del personal de salud, ya que la violencia infantil no es un problema de salud.	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3	6	20,0	22	73,3	30	100,0
15 Para que el personal de salud realice preguntas sobre violencia, si se sospecha, se debe incluir en la historia clínica preguntas sobre el tema.	11	36,7	11	36,7	4	13,3	0	0,0	4	13,3	0	0,0	30	100,0
16 No es útil la prevención del maltrato infantil ya que es un problema social.	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	8	26,7	21	70,0	30	100,0

## Distribución de los entrevistados según grado de acuerdo por afirmación. 2002-2006

Afirmación	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Más de acuerdo que en desacuerdo		Más en desacuerdo que de acuerdo		En desacuerdo		Completamente en desacuerdo		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
17 La violencia contra un niño (a) es un problema privado y personal de las familias, sin embargo el personal de salud debería hacer preguntas sobre estos aspectos.	7	23,3	8	26,7	2	6,7	2	6,7	6	20,0	5	16,7	30	100,0
18 Detectar casos de violencia contra los niños (as) no es tan relevante como detectar casos de cáncer cervicouterino.	0	0,0	1	3,3	0	0,0	2	6,7	9	30,0	18	60,0	30	100,0
19 La violencia que se ejerce en detrimento de un niño o niña repercute de manera muy importante sobre su salud	19	63,3	10	33,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	30	100,0
20 Identificar los casos de niños (as) maltratados no debería ser una más de las funciones del personal de salud.	1	3,3	1	3,3	0	0,0	3	10,0	12	40,0	13	43,3	30	100,0
21 El expresar y sentir sentimientos de empatía hacia los niños(as) víctimas de maltrato, no suele estar presente en el personal de salud.	2	6,7	3	10,0	3	10,0	6	20,0	7	23,3	9	30,0	30	100,0
22 En la historia de la humanidad siempre han existido niños agredidos por ello es inútil acabar con este problema.	4	13,3	2	6,7	4	13,3	2	6,7	7	23,3	11	36,7	30	100,0
23 El rechazo y resistencia ante la atención de un niño agredido no suelen estar presentes en el personal de salud.	5	16,7	8	26,7	3	10,0	8	26,7	3	10,0	3	10,0	30	100,0
24 El maltrato infantil no es un problema serio, se trata de incidentes aislados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	26,7	22	73,3	30	100,0
25 Es necesario que el personal de salud sea capaz de proporcionar tratamiento psicológico a los niños (as) víctimas de maltrato.	13	43,3	7	23,3	6	20,0	0	0,0	1	3,3	3	10,0	30	100,0
26 Referir los casos de niños (as) agredidos no debe ser labor del personal de salud.	1	3,3	0	0,0	1	3,3	3	10,0	11	36,7	14	46,7	30	100,0
27 La atención médica (en comparación con la atención jurídica, social y psicológica) carece de importancia en relación al manejo que se pueda dar a un niño (a) maltratado.	1	3,3	1	3,3	3	10,0	1	3,3	13	43,3	11	36,7	30	100,0
28 Para que el personal de salud identifique y registre los casos de niños (as) víctimas de maltrato, no es necesario que se reglamenten políticas institucionales	3	10,0	5	16,7	2	6,7	2	6,7	11	36,7	7	23,3	30	100,0
29 La intervención médica, es poco adecuada para el tipo de respuesta que requiere un niño (a) que sufre maltrato.	0	0,0	8	26,7	3	10,0	4	13,3	12	40,0	3	10,0	30	100,0
30 El caso de un niño (a) que es víctima de maltrato es un problema que rebasa los alcances de la práctica del personal de salud y por lo tanto se debe de referir.	5	16,7	10	33,3	5	16,7	5	16,7	3	10,0	2	6,7	30	100,0
31 En general, la atención en salud al niño abusado no es de interés para el personal de salud.	2	6,7	0	0,0	2	6,7	2	6,7	9	30,0	15	50,0	30	100,0
32 El fatalismo es una constante en el quehacer del personal de salud que atiende a niños agredidos.	1	3,3	5	16,7	6	20,0	4	13,3	11	36,7	3	10,0	30	100,0

## Distribución de los entrevistados según grado de acuerdo por afirmación. 2002-2006

Afirmación	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Más de acuerdo que en desacuerdo		Más en desacuerdo que de acuerdo		En desacuerdo		Completamente en desacuerdo		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
33 Todo niño que presenta una sospecha de abuso, no es culpable del daño que ha recibido.	22	73,3	6	20,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	30	100,0
34 La atención de niños agredidos no genera frustración e impotencia en el personal de salud.	2	6,7	3	10,0	4	13,3	4	13,3	9	30,0	8	26,7	30	100,0
35 Los casos de niños (as) víctimas de maltrato es un problema poco relevante durante la consulta.	1	3,3	4	13,3	1	3,3	5	16,7	7	23,3	12	40,0	30	100,0
36 El personal de salud debe contar con conocimientos para realizar diagnósticos diferenciales e identificar a los niños (as) víctimas de violencia en situaciones de riesgo.	25	83,3	2	6,7	1	3,3	1	3,3	1	3,3	0	0,0	30	100,0
37 Es necesario recomendar a encargados o cuidadores de niños agredidos que busquen ayuda en servicios como: trabajo social, psicología u otros	22	73,3	6	20,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	100,0





















