



Trabajo final de grado.  
Pre-proyecto de investigación.

Estudio de los ingresos por IAE en la emergencia del Hospital  
Pereira Rossell y su vinculación con la violencia intrafamiliar.

Tutora:  
Alicia Muniz Martoy

Revisora:  
Margarita Fraga Mereles

Estudiante:  
Denisse Guasch Palombo.  
C.I: 3.078.122-2.

Julio 2015.  
Montevideo, Uruguay.

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Fundamentación.....	3
Antecedentes y justificación.....	4
Referentes teóricos y marco teórico.....	6
Maltrato infantil.....	7
IAE.....	10
Problemas de la investigación.....	12
Preguntas de la investigación.....	12
Objetivos generales.....	13
Objetivos específicos.....	13
Metodología.....	13
Consideraciones éticas.....	14
Cronograma de ejecución.....	14
Resultados esperados.....	15
Referencias bibliográficas.....	16
Anexos.....	18

## RESUMEN.

Es un anteproyecto de investigación donde se vincula el IAE y la violencia intrafamiliar como problema de salud pública, en particular en niños y niñas desde la infancia hasta los 14 años, teniendo en cuenta que la población consultante se ubica en este rango etario.

Se trata de estudiar la incidencia en el desarrollo, así como las secuelas que puede provocar el MI sean físicas y/o psicológicas, para analizar su relación con el IAE.

Las víctimas de la violencia tienen un impacto directo en la salud, la forma en cómo se expresa en los miembros más vulnerables de la familia, en particular en los niños y niñas. Las personas involucradas en relaciones de violencia se ven afectadas en su desarrollo de vida en general.

El profundizar en esta temática permitiría detectar riesgos y prevenir el IAE como escape, que puede ser detectado como un efecto del maltrato infantil.

Se realiza una revisión de historias clínicas de los casos que ingresaron en la emergencia del CHPR, en el año 2014 con diagnóstico de IAE para observar si tienen antecedentes de maltrato y/o abuso infantil, por ser centro de referencia pediátrico a nivel país.

A través de los resultados de la relación entre IAE y MI para estos casos, se propondrá una estrategia clínica de abordaje, tratamiento y de prevención de los IAE en una población vulnerable.

**PALABRAS CLAVES:** IAE, Violencia intrafamiliar, consecuencias del MI en niños y niñas.

## SUMMARY.

It is a preliminary investigation where the suicide attempts is related and domestic violence as a public health problem, particularly in children from infancy to age 14, given that the consultant population lives in this age range.

It is studying the impact on development, as well as the consequences that can result in child abuse are physical and/or psychological, to analyze their relationship with suicide attempts.

Victims of violence have a direct impact on health, the way how it is expressed in the most vulnerable family members, particularly children. Those involved in violent relationships are affected in their quality of life in general.

The deeper into this subject would detect risks and prevent the use of the suicide attempts as exhaust, which can be detected as a representative of child abuse.

A review of the medical records of cases admitted to emergency CHPR in 2014 diagnosed with suicide attempts to see if they have a history of child abuse, being pediatric referral center a country level is performed.

Through the results of the relationship between suicide attempts and child abuse for these cases, a clinical strategy approach, treatment and prevention of suicide attempts in a vulnerable population it will be proposed.

**KEYWORDS:** Suicide attempt, domestic violence, consequences of child abuse in boys and girls.

## FUNDAMENTACIÓN.

El tema de la violencia se ha incluido en las agendas de discusión internacional como la OEA (1994), OPS (1994), ONU (1995) y UNICEF (2015), la cual realiza una campaña involucrando Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay para detener el MI, e incluso ha señalado a la violencia familiar como un problema de salud pública, para el desarrollo social y económico de las sociedades.

En el caso del maltrato a niños y niñas estos pueden ser testigos de violencia y/o receptores de la misma, de cualquier manera el impacto de la violencia es significativo, la exposición constante a la violencia desde temprana edad tiene alcances devastadores en el desarrollo cognitivo, afectivo y de relación.

Esta situación los afecta haciéndolos susceptibles a presentar síntomas psicosomáticos, enuresis, encopresis, problemas de alimentación, estados depresivos, psicóticos, presentar bajo rendimiento escolar, tener problemas de conducta, adicciones y llegar al IAE. (Miller, et al. 2007)

Los niños, niñas representan una de las poblaciones más vulnerables por su dependencia física, afectiva, económica y social, esta circunstancia los convierte en blanco fácil de una gran gama de abusos realizados en contra de su integridad, entre los que se encuentran la negligencia, los golpes, el abuso sexual, el maltrato emocional, la explotación económica e inclusive la muerte.

Al padecer estos maltratos pone al menor en un grado de vulnerabilidad de graves consecuencias, entre las cuales se encuentra el riesgo del niño o niña crezca como un agresor.

El motivo de este anteproyecto es poder llegar a brindar atención a niños y niñas, que sufren de los diferentes tipos de maltratos, los cuales llevan a realizar el ingreso en la emergencia, evitando el riesgo mayor que conlleva el IAE, los que pueden ser detectados como manifestaciones del maltrato infantil.

Como objetivo se trata de conocer de que manera puede el MI, llevar a realizar el IAE como una de las manifestaciones del problema. Es importante el estudio de esta población la cual se toma como punto de partida como fuente de investigación.

Habilita la posibilidad de profundizar en las políticas públicas y estrategias en la salud para abordar esta temática.

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

Como prueba piloto para este anteproyecto se realizó la revisión de 52 historias clínicas del 2014, de consultantes por IAE en el CHPR. Donde se encontraron asociaciones entre el MI y el IAE. De las 52 historias revisadas 19 pertenecieron a niños y 33 a niñas. El promedio de edad para los niños es de 8 años mientras que en las niñas es de 12 años, se observaron 19 consultas con vinculación directa al MI y 12 por disputas o problemas familiares (ver anexos). Dados los datos de los motivos del IAE, se justifica una ampliación de la revisión de historias clínicas en los datos obtenidos, en años anteriores y siguientes al 2014, para poder realizar una investigación en profundidad.

Se encontró una relación directa con vínculos violentos o situaciones de convivencia de violencia doméstica, abuso sexual, abandono, negligencia familiar, peleas o disputas familiares, consumo de sustancias por uno de los padres y violencia psicológica. En cuanto a las formas de realizar el IAE se observa que en la mayoría de las consultas, en niños como en niñas se debieron a la ingesta de sustancias farmacológicas, entre ellas antiepilépticos, hipnóticos-sedantes, benzodiacepinas, clonacepan y antiparkinsonianas entre otras, causando de esta manera una intoxicación. Si bien la medicación es proporcionada a los adultos, se puede observar en estas situaciones que se encuentra al alcance de los niños y niñas. Otra de las formas de IAE que se constataron fueron conductas de riesgo, cruzar ruta o calle sin mirar.

A nivel nacional como antecedente se encuentra un estudio realizado Dra. Bellinzona G., Decuadro M., Charczewski G., Rubio I., (2005), pertenecientes a la Clínica Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina.

El objetivo del estudio fue conocer las características de los casos de maltrato infantil y abuso sexual que ingresaron en el período del año 1998 al 2001, es un trabajo descriptivo y retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el período mencionado.

Fueron predominantes de maltrato físico en 61,2% y el abuso sexual en 38,8%. Los niños menores de 5 años fueron las víctimas mayoritarias del maltrato físico por acción u omisión y los menores de 2 años el grupo con mayor riesgo de mortalidad y secuelas. Las lesiones de partes blandas fueron las más frecuentes, seguidas del traumatismo encéfalo craneano, este constituye la primera causa de muerte en el MI.

Los agresores fueron predominantemente adultos jóvenes con familias monoparentales, en particular madre sola como principal agresora del niño. Las niñas

son víctimas predominantes de AS, el mayor porcentaje fue a nivel intrafamiliar y los agresores fueron el padre sustituto y el padre biológico.

Tanto en los casos de MI como en los de AS, existió un alto porcentaje de niños que debieron ser separados de sus hogares, en particular ingresando en INAU, con las repercusiones emocionales y psicológicas que ello implica.

Otro antecedente de investigación realizado en nuestro país y publicado por la Universidad de la República, (2012) contribuyendo al estudio de problemas de interés y motivar la comprensión pública. Se realizó con el Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud, por Canetti, A., Duran, M., Hein, P., Larrobla, C. y Novoa, G. *Prevención de la conducta suicida en adolescentes.*

Allí se presentó como guía con la finalidad de hacer aportes para el manejo de riesgo suicida en adolescentes, en los sectores de salud y educación. El motivo de realizar dicho trabajo, fue para favorecer el abordaje y prevención del suicidio.

El objetivo fue conocer las características socio-demográficas y clínicas de adolescentes y jóvenes que cometieron suicidio en el período 2005-2009, el estudio fue en jóvenes de 10 a 24 años.

Según los datos del programa nacional de Salud Mental, en las causas de la mortalidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay entre 2005 y 2009, los suicidios ocupan el 2º lugar mientras que los accidentes el 1º. Fallecieron 842 adolescentes y jóvenes por estas causas, significaría que cada 4 días falleció un adolescente o joven por accidente o suicidio.

Para realizar la investigación utilizaron certificados de defunción y datos de las historias clínicas, de las historias revisadas que fueron 26, identificaron que estos jóvenes tenían consultas previas en diferentes servicios de salud en el último año antes del suicidio. Se utilizaron datos estadísticos del ministerio de salud pública para la estadística.

Otra referencia a nivel de investigación nacional es la Dra. Loureiro R. y la cual también se toma como referente teórico, escribió el libro *Lo que pasa en casa: de la violencia que no se habla.* (2003), el cual trata sobre la violencia que ocurre dentro del hogar vinculado directamente con el maltrato infantil.

Loureiro R. es Psiquiatra infantil, psicoterapeuta psicoanalítica, quien realizó una revisión de las historias clínicas por violencia infantil, en las consultas realizadas en su consultorio particular en los años 1995 al 2000 inclusive.

Se trata de un consultorio especializado psiquiátrico con menores de 1 año hasta los 18 años, fueron pacientes referidos por médicos pediatras y autoridades judiciales o policiales. Loureiro conceptualiza el significado de violencia, de qué manera ingresa en

la familia, el contexto patriarcal que aún predomina, haciendo énfasis en el abuso sexual, utilizando las historias de su propio consultorio manejando ejemplos reales.

La finalidad del trabajo es no solo divulgar la gravedad de lo traumático en niños y niñas, sino crear cuestionamientos para alertar a los profesionales y a la sociedad para formar una conciencia colectiva.

A nivel regional en Paraguay se realizó una investigación llamada *Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?* realizada por Zelaya de Migliorisi L, Piris de Almirón L, Migliorisi B. artículo publicado en *Pediatr.* Vol. 39; N° 3; Diciembre 2012.

La investigación se trató de las características clínicas y epidemiológicas en niños y adolescentes con intentos de suicidio en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, situado en la ciudad de San Lorenzo, Paraguay. Se revisaron 102 casos, periodo Enero 2011-Junio 2012. Observaron que el 90.5% de los pacientes eran de sexo femenino y el 9.5% de sexo masculino, el grupo etario mayor correspondió a un rango entre 15-19 años 61.8%.

En relación a los tipos de maltrato, encontraron que la negligencia, abandono, violencia intrafamiliar correspondía al 68.6% de los casos, seguido de abuso sexual 52%. El maltrato con mayor frecuencia fue por ambos padres 45.1%, el mayor número de casos fue referido del Servicio de Urgencias 56.9%. El método de autoagresión más utilizado fue la ingestión de medicamentos 77.6%, seguido por la utilización de objetos cortantes 9.9%.

En la totalidad de los casos existían situaciones de maltrato y la presencia de intentos de suicidio en niños y adolescentes. Llegaron a la conclusión que se debería alertar al pediatra hacia la sospecha de maltrato infantil, a fin de establecer rutas claras de intervención y prevención.

## REFERENTES TEÓRICOS Y MARCO TEÓRICO.

Como referente teórico se utiliza a Bleichmar S. (2010) *Inteligencia y Simbolización. Una perspectiva psicoanalítica*. Su tema profundiza lo relacionado a las formas de simbolizar y el proceso que restringe las posibilidades de circulación e integración del afecto en la actividad de representación, como un intento de evitar la conflictiva psíquica. La pérdida de plasticidad en la simbolización, la rigidez, su función defensiva y la simbolización con la incursión de la descarga pulsional a la acción directa, donde la posibilidad de pensar queda anulada y aparece el pasaje al acto como ser el IAE.



Dentro de esta misma línea de pensamiento psicoanalítico se encuentra a Green A. (1999). *La representación y lo irrepresentable*. Médico psiquiatra psicoanalista francés, del cual se toma la idea referida a la producción simbólica y las características con que se expresa, la cual sin características afectivas o imaginativas viables fortalece las particularidades de sobre adaptación y control racional excesivo.

Como otro de los referentes internacionales que se consideraron fue Miller, A., Spindel C., Wekerle Ch., Wolfe D., escribieron el libro *Maltrato infantil* (2007). Wekerle Ch. es doctora y profesora asociada a la educación, psicología y psiquiatría en la Universidad de Ontario (UOW), Canadá.

También es investigadora en el área de bienestar infantil, maltrato, abuso de sustancias, violencia marital y prevención de la violencia.

En dicho libro se hace referencia al daño psiquiátrico y trastornos específicos al maltrato infantil, como los trastornos anímicos, conductas suicidas y/o auto destructivas, trastorno de estrés postraumáticos, trastornos de ansiedad y consumo de sustancias entre otros.

Otros de los referentes internacionales a destacar se encuentran Kemple R. y Kemple H., en este caso ambos escribieron el libro *Niños maltratados*. (1979, 1º Edición).

Kemple Ruth. profesora de pediatría y psiquiatría, Kemple Henry profesor de pediatría y microbiología, ambos en la Universidad de Colorado, (EEUU).

El libro versa sobre los padres que maltratan, el niño maltratado, las diferentes formas de maltrato y abuso que se pueden encontrar. Refieren a la prevención y tratamiento de los padres y la terapéutica hacia los niños maltratados. Pretenden con su trabajo hacer visible la dimensión del problema para su prevención y predicción.

## EL MALTRATO INFANTIL.

El maltrato infantil es una violación a los derechos del niño por aquellos que están obligados a protegerlos, como la familia y el Estado. Violación es violencia, en el sentido de forzar, de asimetría de fuerza física, de sometimiento y abuso de poder. (Loureiro, 2003, p.24)

Se pueden destacar los tipos de maltrato como lo son: el acto de omisión por parte de los padres, donde los maltratos se pueden caracterizar por el abandono en el que se puede observar la falta de la alimentación, vivienda, protección y afecto.

El abuso emocional, donde se encuentra la agresión verbal, aislamiento y el presenciarse actos de violencia. El maltrato físico donde figuran las lesiones corporales no accidentales, abuso sexual, con el contacto sexual, intento o amenaza de este. (Kempe R. y Kempe H., 1998).

En muchas ocasiones, la utilización de métodos violentos en la educación de los niños por parte de sus cuidadores responde a la repetición del modelo de crianza que acompañó al adulto durante su infancia: si éste fue criado con violencia le resulta “normal” y no identifica alternativas distintas a la hora de poner límites. Las situaciones de estrés contribuyen, en gran medida, a desencadenar episodios de violencia hacia los niños, volcando en ellos sus frustraciones y sus fracasos. (UNICEF, 2015 p.3)

Se aprecia que la respuesta familiar en el maltrato tiene diferentes consecuencias, siguiendo a Miller, et al, (2007), explica que dentro de las consecuencias del maltrato se puede encontrar una disminución y distorsión de los sistemas corporales para el afrontamiento y protección. Aparece la interrupción del funcionamiento físico normal, presión sobre la estabilidad anímica y reactividad normal ante sucesos externos, dificultad en la consecución y conservación de seguridad en los lazos afectivos.

En nuestro país según el Programa infancia y familia del Ministerio de Desarrollo Social (2008), el 79,8% de adultos manifestó haber ejercido algún tipo de violencia física o psicológica, el 24,3% de padres y madres señaló haber ejercido violencia psicológica, el 55% de madres y padres dijeron haber utilizado violencia física, el 41% aceptó haber utilizado violencia física moderada y el 14,1% aseguró haber usado violencia física severa o muy severa. (Unicef, 2015).

En cuanto a las investigaciones vinculadas al maltrato infantil, se muestra que este interrumpe el desarrollo normal y tiene implicaciones a lo largo de la vida.

En referencia a los daños causados por el maltrato y/o abuso se pueden observar los trastornos anímicos con síntomas depresivos, distimia y con mayor probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Puede aparecer el retiro social, anhedonia, sentimientos de falta de estimación y culpa al sentirse responsables por lo sucedido, desesperanza, perturbación del sueño y baja autoestima entre otras. (Miller, et al, 2007).

Se aprecia el surgimiento de conductas autodestructivas o suicidas en donde el antecedente del maltrato infantil es un riesgo para este tipo de reacciones.

Considerando que el niño maltratado puede padecer de un mayor aislamiento social, entre otros síntomas como son las pesadillas, experimentar el trauma nuevamente, entumecimiento emocional, respuestas exageradas o reducidas a estímulos. También

pueden presentar síntomas somáticos, autodestructividad al realizarse cortes y hostilidades. (Miller, et al, 2007).

Al no poder expresar con palabras lo que están padeciendo y teniendo en cuenta que la palabra es la función simbólica de representación como descarga, esta permite investir, entender, expresar el deseo, conocer la realidad, como el adueñarse de los objetos externos y hacerlos propios. Es de esta manera que se puede lograr aumentar el mundo por medio de las relaciones con otros.

Cuando están asociadas las representaciones a hechos traumáticos se puede producir el rechazo a la elaboración de la simbolización, por lo cual se produce el desinvestimiento de los objetos, lo que origina que no se logre pensar ni decir. Esto provoca que no permita ser sustituido por el proceso de simbolización, lo cual podrá generar actitudes del tipo pasaje al acto u enfermedades del tipo psicossomático.

Desde este punto se pueden observar las fallas en las formas de simbolización que fue adquiriendo desde el nacimiento hasta la adolescencia. (Bleichmar, S. 2010).

Siguiendo a Bleichmar S. (2010), la rigidez en los procesos de simbolización restringe las posibilidades de circulación e integración del afecto en la actividad de representación. Esto se puede entender como un intento de evitar la conflictiva psíquica, para preservar la estabilidad del psiquismo, aunque esto signifique la pérdida de plasticidad en la simbolización y contacto con el mundo.

Cuando la rigidez fracasa o resulta insuficiente en su función defensiva, la simbolización se desborda con la incursión de la descarga pulsional a la acción directa, donde la posibilidad de pensar queda anulada.

Con escasa mediación en representaciones reguladas por el proceso secundario, tienden a empobrecer su actividad de pensamiento, restringiendo las posibilidades de organización y transmisibilidad de sentido hacia el exterior en el intercambio con los otros semejantes. Schlemenson (citada por Grunin, 2013).

Siguiendo a Green (1999), en cuanto a la producción simbólica se da con características donde se expresan de forma descriptiva, sin características afectivas o imaginativas viables, lo que fortalece las particularidades de sobre adaptación y control racional excesivo. Si esto sucede puede llegar a cerrar el pensamiento, lo que al mismo tiempo no le permitiría poder realizar el intercambio con otras personas.

En la transformación que se da con el crecimiento y desarrollo, este se involucra con la plasticidad psíquica para la articulación entre los procesos primarios y secundarios. La identificación que se alcanza en la adolescencia se da con propiedades de simbolización.

Con los cambios que se dan en esta etapa, la estructuración psíquica, la reedición del Edipo, los cambios físicos y con estos el duelo que provoca en la vida del

adolescente frente a la pérdida del cuerpo de niño, son momentos de transición donde pueden surgir riesgos, algunos de ellos pueden ser adicciones, autoagresiones, problemas alimenticios como anorexia, bulimia, suicidio y psicosis.

La confrontación con los padres y a lo que los une es un etapa de crisis, de disputa oposición y creación, aparece esta pelea que en caso de no ser sostenida por una estructura psíquica, produce una retirada hacia sí mismo produciendo dificultades severas. (Kancyper, L. 1997).

El abandono de la lucha se puede manifestar con la negativa de estudiar, abatimiento, agresiones, adicciones, entre otras. La pérdida de la estabilidad por la debilidad de las estructuras previas existentes, implicaría que la separación permanezca inconclusa por la pérdida de los soportes. Estos se derrumban por esa debilidad, donde tampoco encuentran otro que lo escuche o se pueda conectar, provocando el repliegue.

Se produce una separación no real de los padres, pero realiza una conexión a un objeto que no los abandone, los vínculos que se construyen son superficiales no pueden amar ni sentirse amados, se encuentran adormecidos debido a que el dolor es demasiado para soportarlo entonces intentan expulsar el dolor. (Bleichmar, S. 2010).

#### INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN.

“Se considera como autoagresión cualquier conducta para provocarse daño físico directo, pero esta no tiene la intención consciente de provocarse la muerte, en la adolescencia generalmente el daño es superficial y no se consulta por este”.

(Abufhele, s.f., p.3)

Siguiendo a Bleichmar, S. (2010), la capacidad de reconocer sus sentimientos se encuentra desconectada de sí mismo y con otros, esto fortalece la necesidad de huir de la situación dolorosa implicando la imposibilidad de realizar conexiones.

Produciéndose en consecuencia una abolición de la conciencia en los estados anímicos y en la forma de procesar el dolor al no poder conectar y ligar lo que lo lleva a expulsar el dolor dañando su cuerpo.

El exceso del dolor sin tener quien lo contenga puede provocar la sensación de quebrarse y sentirse agobiado lo que facilitaría el sujetarse a algo que le dé la sensación de sostén y de cierta forma lograr el cuidado, algo que lo haga sentir que existe. Estas características se pueden observar en los varones, en algunos casos por

medio de la representación en las adicciones, mientras que en las mujeres también se puede apreciar en consumo de sustancias, como a los hombres y/o a los golpes.

Cuando se atribuye que la idea del objeto es la causa, se sienten atacados y estos pueden reaccionar con estallidos de violencia al querer calmar el dolor para evitar la sensación de vacío, buscan emociones más fuertes para salir del estado de anestesia, de indiferencia.

Cuando los padres no pueden poner contención y límites a las descargas los dejan solos sin poder hacerse cargo de los desbordes, aparece la limitación del lenguaje el que se muestra de forma restringida, mientras que los padres mantienen un lenguaje más amplio, son hijos donde el lenguaje padre y/o madre predomina siendo de forma corporal donde se observaría una historia previa de violencia.

Es en el contexto familiar donde las normas y valores no son claros, es donde se hace difícil el pasaje del vínculo corporal al de la expresión con el habla, lo que lleva a la confusión y a la violencia.

La historia de violencia en esta etapa de crisis en cuanto a valores e identificaciones, se le hace más difícil encontrar un camino, se los ubica como culpables sin observar las transformaciones, cambios y el lugar que ocupan.

El transcurso de la adolescencia confronta crisis que pueden ser pasajeras como a situaciones con procesos ya integrados a una estructuración menos reversible, los diferentes conflictos internos, las contradicciones, las ambivalencias también pueden ser representadas de forma más agresiva en el propio cuerpo de forma violenta.

Las representaciones pueden ser los sentimientos de angustia y dolor por medio del pasaje al acto, las autoagresiones y del intento suicida o consolidando el mismo.

Es en la adolescencia donde se pueden observar los cambios de la vida psíquica con los diferentes movimientos y su restructuración, cuando aparece una amenaza al psiquismo donde se encuentra involucrada su integridad se reacciona con angustia.

La simbolización es una prueba de vida psíquica, pero si esta no aparece demostraría la falta de defensa y su ausencia referiría a un peligro el cual podría ser la muerte.

Podemos encontrar varios peligros que se comienzan a desdoblarse de diferentes formas como las toxicomanías, modos de uso de vehículos, conductas alimenticias, violencia y comportamientos suicidas.

En el espacio psíquico y en el cuerpo aparecerán también lo relacionado a lo transgeneracional familiar vinculado a lo social y su ambiente (Kancyper L. 1997).

La ausencia de los límites por parte de los padres demostrará las fallas en los procesos de la formación de vínculos con el objeto, las fallas dadas por la ausencia de una madre lo suficientemente buena hace que la capacidad de espera se vuelva incontrolable y se efectúe la descarga motriz.

Las sucesivas desilusiones causadas por sentimientos de pérdida, sufrimiento y la poca posibilidad en la forma de realizar el proceso de simbolización llevan a ejecutar expresiones hacia el mundo externo por medio de la actuación. El mundo es visto como un espejo de su realidad interna lo que haría posible una ruptura con la realidad. Correspondería ver que es lo que se puede realizar en estos casos, antes de que surjan actitudes violentas en la infancia para que no se repitan en la adolescencia, en los diferentes vínculos o en la vida adulta en la relación familiar. Evitar que se produzca un desenlace con la características del IAE, que puede terminar en al fallecimiento del niño, niña o adolescente.

#### PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Plantear los ingresos por IAE como indicadores de MI en la infancia.
- Consecuencias físicas y/o psicológicas del MI en las situaciones de ingreso en la emergencia del Hospital Pereira Rossell, que derivan en los IAE.
- Acciones de detección y prevención del IAE y el MI.

#### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Los IAE son un efecto o consecuencia de las situaciones de MI?
- ¿Los IAE en Uruguay, son una manifestación de la violencia intrafamiliar?
- ¿Cómo se relaciona el maltrato infantil con los IAE?
- ¿Los niños, niñas que ingresan por MI son vulnerables a cometer IAE?
- ¿Todos los IAE provienen de situaciones de MI?
- ¿Cuáles son los efectos psicológicos del MI?

## OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer la relación entre el maltrato infantil y los IAE por medio de la revisión de las historias clínicas.
- Indagar las diferentes formas en que se da el maltrato a los niños y niñas que consultan en la emergencia del CHPR.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar los ingresos por IAE, observando si el MI puede llevar a realizar el IAE como una de las representaciones del problema.
2. Verificar si las historias clínicas con IAE, tienen antecedentes de MI.
3. Describir las formas del Mi en el período revisado.
4. Indagar en el registro de la HC consultas previas al IAE.
5. Describir las formas en que se realiza el IAE por edad.
6. Indagar si hay registros en la historia clínica de seguimiento o tratamiento posterior.

## METODOLOGÍA:

Tomando a Baptista Lucio, P., Fernández Collado, C. y Hernandez Sampieri R. (2003), como referente se utiliza como metodología la investigación cualitativa, descriptiva, retrospectiva, realizando una revisión de las historias clínicas de los diferentes casos ingresados en la puerta de emergencia del Hospital Pereira Rossell con diagnóstico de IAE. El rango de edad corresponde al sector pediátrico al que pertenece, desde el nacimiento hasta los 14 años.

Se pretende realizar una revisión de las historias clínicas de los casos que ingresaron en la puerta de emergencia en el CHPR, por IAE como posible consecuencia de la violencia intrafamiliar o su sospecha en un período de 5 años, 2010-2015.

De esta manera constatar la existencia de antecedentes de consultas relacionados a la violencia intrafamiliar, en este caso se toman como prueba piloto las consultas por IAE ocurridas en el año 2014, a modo de exponer la importancia del tema a tratar.

Con esto se pretende apreciar si es posible realizar una vinculación entre el maltrato o antecedentes de estos, con posteriores IAE por medio de la revisión de las historias clínicas.

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En lo referente a la utilización de las historias clínicas, estas serán tratadas con confidencialidad. Se mantendrá el anonimato y reserva de la información de las identificaciones de los pacientes, atendidos en la puerta de emergencia del CHPR. Se utiliza la historia clínica como documento para recabar datos para la elaboración del presente trabajo.

La realización de este anteproyecto se basa en la Ley N° 18.335 de 15/08/2008, decreto N° 274/010. La cual se expresa en el capítulo IV, artículo 30 sobre la historia clínica y la confidencialidad de los datos.

Los servicios de salud y los trabajadores de la salud deberán guardar reserva sobre el contenido de la historia clínica y no podrán revelarlo a menos que fuere necesario para el tratamiento del paciente o mediare orden judicial o conforme a lo dispuesto por el Artículo 19 de la Ley N° 18.335.

#### CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.

ACTIVIDADES	Mes											
	1	2	3									
Lectura de bibliografía												
Estudio de H.C.												
Análisis de datos												
Conclusiones												



## RESULTADOS ESPERADOS.

- 1) Visibilizar la relación entre MI e IAE.
- 2) Proponer acciones para brindar atención a las familias de los niños y niñas que se encuentren en esta situación como forma de abordaje al MI y al IAE.
- 3) Proponer realizar un seguimiento a los niños y niñas ingresados por IAE como de MI, para evitar que este vuelva a repetirse.
- 4) Sensibilizar al cuerpo médico que atiende niños y niñas en la emergencia mediante acciones de capacitación y difusión a partir de los datos obtenidos.
- 5) Proponer mejoras en las políticas públicas en lo relacionado al maltrato infantil y a la prevención de riesgos y daños en niños y niñas.
- 6) Implicar a la Udelar, en dar respuestas a problemas de gran impacto y relevancia a través de sus prácticas de intervención y extensión.
- 7) Continuar y profundizar estudios en años posteriores con una modalidad de intervención y acción.
- 8) Tener en cuenta desde el ingreso del niño o niña, por motivos de MI o IAE en la puerta de emergencia de cualquier servicio de salud, permitiría realizar una atención más adecuada y pertinente para cada caso.
- 9) Poder brindar atención teniendo en cuenta los riesgos que lleva el IAE en niños y niñas que sufren de los diferentes tipos de maltratos, esto permitiría evitar que más adelante encuentren una vía de escape por medio del IAE.

Si se tienen en cuenta las diferentes consecuencias que ocasionan el MI y abuso en lo relacionado a la salud, se puede entender que haciendo promoción, prevención y asistencia oportuna se podrían evitar otros trastornos y/o patologías que se presentan. El ahorro de dinero público en salud que se podría realizar e invertir en otros sectores necesarios para la salud, si se tiene en cuenta que se evitarían daños relacionados en el futuro de cada niño y niña si se realiza una adecuada promoción, prevención y asistencia a tiempo.

Considerando que los pilares de la Universidad de la República son investigación, extensión y enseñanza, esto implica un compromiso para la universidad con las necesidades y los problemas sanitarios y sociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abufhele M. (s.f.). *Autoagresiones y conducta suicida en adolescentes*.

Recuperado de:

[http://adolescencia.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Autoagresiones%20\[Modo%20de%20compatibilidad\].pdf](http://adolescencia.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Autoagresiones%20[Modo%20de%20compatibilidad].pdf)

Baptista Lucio, P., Fernández Collado, C. y Hernandez Sampieri, R. (2003).

*Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Bellinzona G., Decuadro M., Charczewski G., Rubio I., (2005). *Maltrato infantil y abuso sexual. Análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1/1998-12/2001*. Revista Médica del Uruguay, 21, 59-67.

Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/2005v1/art8.pdf>

Bleichmar, S. (2010). *Inteligencia y Simbolización. Una perspectiva psicoanalítica*.

Buenos Aires: Paidós.

Canetti, A., Duran, M., Hein, P., Larrobla, C. y Novoa, G. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud*. Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). CSIC.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2015).

*Detengamos el maltrato infantil*. Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

Recuperado de: <http://www.hazquesedetenga.com/pdf/informacion.pdf>

Green, A. (1999). *La representación y lo irrepresentable*: Entrevista a André Green realizada por Fernando Urribarri. Revista de Psicoanálisis (APA), 6, 327-347.

Grunin, J. (2013). *Los márgenes de la escritura en la adolescencia: Aportes investigativos en diálogo con el psicoanálisis contemporáneo*. Querencia.

Revista de Psicoanálisis, 15. Recuperado de

<http://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/view/175/145>

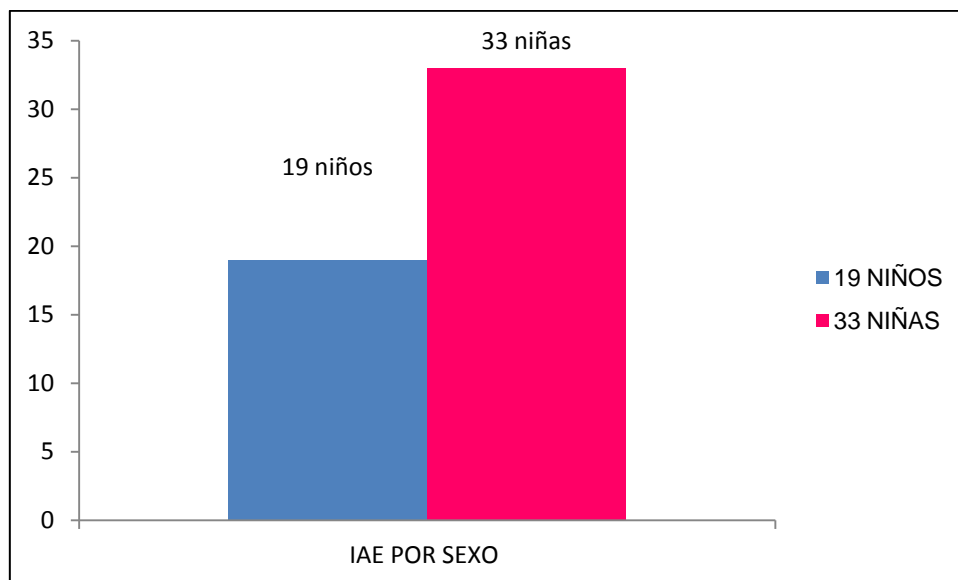
Kancyper L. (1997). *La confrontación generacional*. Buenos Aires: Paidós.

- Kemple R. y Kemple H. (1998). *Niños maltratados*. Madrid: Morata.
- Loureiro R. (2003). *Lo que pasa en casa: de la violencia que no se habla*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.
- Migliorisi B., Piris de Almirón L., Zelaya de Migliorisi L. (2012). *Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?*. *Pediatría (Asunción)*, 39(3), 167 – 172. Recuperado de <http://www.revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/10/29>
- Miller, A., Spindel C., Wekerle Ch., Wolfe D. (2007). *Maltrato infantil*. México DF: Manual Moderno.
- Organización de los Estados Americanos, (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar la Violencia contra la Mujer*. Belém do Pará. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización de las Naciones Unidas, (1995). *Reporte preliminar de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y Desarrollo*. Beijing, China. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, (1994). *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*. Washington, D.C. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1998\\_n12/declaraci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1998_n12/declaraci%C3%B3n.htm)
- Uruguay. Poder Ejecutivo (2010). Decreto N° 274/010. Reglamentación de la Ley n° 18.335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>

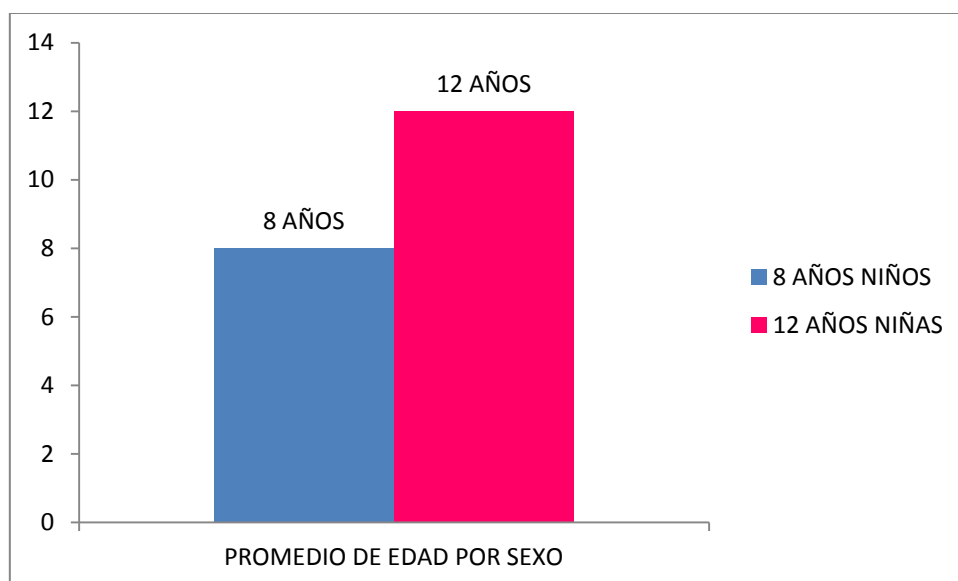
# ANEXOS

DATOS OBTENIDOS DEL PERÍODO 1/1/2014 AL 31/12/2014.

### CONSULTAS DE IAE POR GÉNERO EN EL AÑO 2014.



### PROMEDIO DE EDAD POR GÉNERO EN CONSULTAS DE IAE.



## CONSULTAS POR IAE ASOCIADAS AL MI.

