



MALTRATO INFANTOJUVENIL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMETIDOS EN EL HOGAR POR SUS FAMILIARES DIRECTOS ATENDIDOS EN EL “HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO”: VIOLACIÓN O RESGUARDO DE SUS DERECHOS

TFI para optar al título de Especialización de Medicina Legal.

Alumno: Dra. Galaz, Victoria

Directora del Trabajo Final Integrador: Dr. Foyo, Roberto

Tutora del Trabajo Final Integrador: Dra. Derito, Norma

Buenos Aires, noviembre 2022

INDICE

1- INTRODUCCION	p.3
2- ABSTRACT/RESUMEN	p.5
3- FUNDAMENTACION	p.6
4- DEFINICION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	p.7
5- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	p.9
6- MARCO TEORICO	p.10
7- TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA	p.46
8- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	p. 50
9- CONCLUSIONES	p.77
10- RECOMENDACIONES	p.80
11- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	p.81
12- ANEXOS	p.86

INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de este Trabajo Final Integrador (TFI) consiste en determinar el maltrato infantojuvenil a niños, niñas y adolescentes cometidos en el hogar por sus familiares directos, atendidos en el “hospital materno infantil de san isidro”: violación o resguardo de sus derechos, el cual se desarrolló mediante un estudio de casos, en el periodo comprendido entre marzo 2020 y febrero 2022.

A través de esta investigación, se analizaron una serie de casos de niños, niñas y adolescentes que sufrieron maltrato infantojuvenil por parte de familiares directos y atendidos en el hospital en estudio, ya sea mediante dispositivo de internación o consultorios externos. Se evaluó cómo se procedió en cada caso desde lo asistencial (pesquisa, seguimiento y tratamiento). Además, se abordaron sus consecuencias y el abordaje médico legal de cada uno de los casos, teniendo en cuenta los derechos analizando la norma jurídica vigente en torno a este tema, tales como la Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes 26.061, la ley de Salud Mental 26.657 y Protocolo sobre Maltrato infantojuvenil, entre otros.

De igual manera se describe el protocolo seguido en cada caso para el abordaje, pesquisa, diagnóstico, seguimiento y tratamiento del maltrato infantojuvenil de niños, niñas y adolescentes atendidos en el hospital en estudio y por último se analizó si se violan o se resguardan los derechos de niños, niñas y adolescentes en contextos familiares, donde se registran cifras alarmantes de casos de maltrato infantojuvenil, sobre todo en estos casos en estudio, cometidos por familiares directos en el hogar cuyos pacientes son atendidos en el “hospital en estudio y a estos efectos se presentan posteriormente en este TFI un conjunto de recomendaciones para mejorar el tratamiento médico legal de los niños y jóvenes objeto de los diferentes tipos de violencia o maltrato que degradan y humillan su integridad física y psicológica, afectando su salud mental y poniendo en riesgo muchas veces su integridad física y hasta su vida.

Para el desarrollo de este estudio de casos se elaboró una hoja de registro en Excel que recopilará cada uno de los casos atendidos en el hospital en estudio durante el período comprendido entre marzo 2020 y febrero 2022, tal y como se constata en el Anexo 1 de esta investigación, considerando un conjunto de variables, derivándose de ese registro de casos, cuadros y gráficos con los datos y categorías de análisis creadas para el abordaje del estudio y posterior análisis cualicuantitativo de datos,

triangulándose los resultados con tres (3) entrevistas realizadas cotejados luego con las bases teóricas en torno al tema, de donde se generaron finalmente las conclusiones con la formulación posterior de un conjunto de estrategias tendentes a mejorar el tratamiento médico legal de este terrible flagelo que cada día incrementa más sus cifras.

FUNDAMENTACIÓN

La importancia fundamental de esta investigación consistió en proporcionarle los soportes jurídicos al personal de salud de este centro asistencial en estudio, al objeto de pesquisar a partir de la clínica del paciente qué es lo que está sucediendo y poder actuar en consecuencia dado que en este caso objeto de estudio. El maltrato es provocado por familiares directos o allegados a la familia razón por la cual muchas veces retrasan la ida al hospital para evitar sospechas por lo que se complica el diagnóstico y tal vez el día que lo llevan, es la única oportunidad para actuar. También permite sensibilizar y fortalecer al personal de salud sobre el tema porque tanto en el colegio como las instituciones de salud, son lugares que los niños frecuentan, por lo que hay que estar más atentos. Teniendo presente que producto del maltrato, puede generarse el fallecimiento del paciente. Por este motivo, también es importante poder sospecharlo a tiempo y actuar en consecuencia, pues muchas veces hay niños que cuentan con muchos ingresos a hospitales por diferentes tipos de lesiones. Sospecharlo, diagnosticarlo, atenderlos, realizar su seguimiento e identificar la causa de tales maltratos a tiempo disminuiría la mortalidad de esta población tan vulnerable.

Asimismo, a partir de este trabajo, se pudo visibilizar hasta qué punto el equipo de salud, cumple o no con las funciones ajustadas la norma y con ello al protocolo para la pesquisa, seguimiento y tratamiento del maltrato infantojuvenil, pudiendo así realizar una especie de autocrítica y analizar las debilidades para convertirlas en fortalezas, logrando mejorar con ello la calidad del servicio prestado a este tipo de pacientes que ameritan la atención oportuna de un equipo multidisciplinario que estudie y analice su situación pudiendo desplegar el apoyo sistemático y oportuno en el centro de salud en estudio.

DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El maltrato infantojuvenil cometidos por familiares directos a niñas, niños y adolescentes, es una problemática muy común en hospitales y se ve frecuentemente en la vida cotidiana en la práctica diaria de los centros asistenciales y se ve muy frecuente como motivo de consulta. Diariamente ingresan pacientes maltratados por guardia y por distintos dispositivos como consultorios externos. En el caso de “Hospital materno infantil de San Isidro” institución donde se desarrolló esta investigación, se ve bastante seguido este problema. Al detectarse un caso de maltrato, intervienen distintas áreas del hospital: servicio social, pediatría y salud mental (integrada por el área de psicología y psiquiatría, área en la cual se basó esta investigación). Además, según cada caso, también intervienen otras especialidades. Entre ellas, la más frecuentes en este hospital son ginecología y traumatología.

Cuando se trata de casos de maltrato, cada servicio cumple un rol distinto, para abordar su atención. El Servicio social se encarga de entrevistar al paciente y grupo familiar, ponerse en contacto con el Juzgado de protección y promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, al objeto de realizar la denuncia correspondiente, según el caso. Además, se encargan de realizar seguimiento del paciente luego de haber intervenido mediante entrevistas pautadas a la familia entera. Asimismo, en algunas oportunidades, el servicio social actúa como intermediario para conseguir un turno por ejemplo cuando un niño ya tiene medida de abrigo y desde servicio local solicitan algún turno. Mientras Pediatría se encarga de la parte clínica del paciente en caso de necesitarlo o internación de este como medida de resguardo, aunque no haya nada clínico para resolver. Es el primer eslabón cuando el paciente ingresa por guardia, aparte solicita las interconsultas necesarias según el caso.

Salud mental se encarga de evaluar al paciente desde la parte emocional. También indica internación en caso de creer que existe riesgo basándose en la sintomatología del paciente.

Al focalizarse en salud mental, principalmente en el área de psiquiatría, que es el área donde se basará este estudio, los pacientes ingresan al servicio de dos maneras distintas: Derivados por algún servicio del hospital o por fuera del mismo, quienes sospechan maltrato y solicitan interconsulta. Puede ser que lo hayan evaluado en consultorios externos, guardia o internación o derivados directamente de servicio local,

donde ya cuentan con intervención y solicitan evaluación del niño basándose en su sintomatología.

Cabe destacar que, si el paciente está internado, se entrevista al niño a solas y a la familia en conjunto con servicio social. En el caso de que el paciente llegue para evaluación por consultorios externos, se realiza una admisión primero a los cuidadores únicamente y luego se cita al paciente. Si el niño, niña o adolescente no está intervenido legalmente y se sospecha maltrato infantil, se da intervención a servicio social para que ellos hagan las entrevistas y realicen la denuncia en caso de corresponder con base a la norma jurídica y a los informes medico legales realizados por los especialistas en este centro asistencial.

Desde el servicio de psiquiatría no se realiza la denuncia. Únicamente se elaboran los informes luego de las evaluaciones para poder sumarlos a la denuncia o enviarlo a Servicio Local, con el fin de informar que fue lo que se evaluó. Luego, se evalúa la necesidad de comenzar tratamiento. Muchas veces requieren medicación por lo que se comienza a instaurar un plan farmacológico y se realiza seguimiento de este. Asimismo, se realizan informes de su evolución.

Este TFI permitió a través de un estudio de casos, visualizar entre otras cosas la problemática, principales signos y síntomas que presentan los pacientes, tipo de maltrato, quien lo realiza, medidas de protección, tratamiento en cada caso y evidencia su seguimiento por parte de los profesionales de la salud en cada uno de los miembros de la muestra en estudio. Por este motivo, el personal de salud tiene la responsabilidad de actuar dado que el mismo es un delito de acción pública y priva el interés superior de niñas, niños y adolescentes con base a la norma interna, en correspondencia a los tratados y convenios internacionales. En este sentido, es importante conocer las leyes que norman la materia, al objeto de viabilizar la ejecución de la denuncia respectiva, entender cómo y cuándo hacerla, los tipos de lesiones que existen y como se clasifica el maltrato pues hay muchos profesionales que desconocen a profundidad la complejidad del tema. En tal sentido, se indagó a través de esta investigación si es posible determinar el Maltrato infantojuvenil a niños, niñas y adolescentes cometidos en el hogar por sus familiares directos atendidos en el "Hospital materno infantil de San Isidro": violación o resguardo de sus derechos atendidos en el "hospital materno infantil de San Isidro" durante el período estipulado en esta investigación.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el Maltrato infantojuvenil a niños, niñas y adolescentes cometidos en el hogar por sus familiares directos atendidos en el “Hospital materno infantil de San Isidro”: violación o resguardo de sus derechos atendidos en el “hospital materno infantil de San Isidro”: violación o resguardo de sus derechos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Precisar las características medico clínicas de los pacientes atendidos en el “hospital materno infantil de San Isidro” que han sufrido maltrato infantojuvenil por parte de familiares directos en sus hogares.

2.- Diagnosticar casos de maltrato infantojuvenil en por parte de familiares directos en sus hogares, atendidos en el “hospital materno infantil de San Isidro”

3.- Describir el procedimiento seguido en cada caso para el abordaje, pesquisa, diagnóstico, seguimiento y tratamiento del maltrato infantojuvenil de niños, niñas y adolescentes atendidos en el hospital en estudio

4.- Analizar si se violan y/o se resguardan los derechos de niños, niñas y adolescentes en los contextos familiares donde se registran casos de maltrato infantojuvenil atendidos en el “hospital en estudio.

MARCO TEÓRICO

Maltrato infantil y violencia familiar

El maltrato infantil, según la Organización Mundial de la salud (OMS) (2020) “consiste en los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (p12)

. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil: injuria física o mental, abuso sexual o trato negligente de todo individuo menor ocasionado por la persona encargada de su cuidado y custodia, que implique peligro o amenaza para la salud y bienestar físico y mental del niño. Es un tipo de violencia doméstica tal y como se define la Dra. Dora Pugliauca, médica pediatra, citada por la OMS (2020).

El maltrato infantil se encuentra tipificado también en el artículo 1 de la Ley 24.417, denominada ley de protección contra la violencia familiar contiene:

“Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho.”. (INFOLEG, 1994)

En correspondencia con esta norma nacional, la Ley 12596: ley provincial contra la violencia familiar en su artículo 1:

“A los efectos de la aplicación de la presente Ley se entenderá por violencia familiar, toda acción, omisión, abuso que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito.”

De igual manera el Ministerio de Sanidad de la Provincia de Buenos Aires (2014) en el Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde

el sistema de salud define maltrato infantil a “cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño”. (Gracia Fuster y Misitu Ochoa, 1993, citado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2014), (p2) el maltrato a la infancia puede producirse en diferentes contextos (violencia en las aulas, maltrato entre iguales, violencia ejercida por personas ajenas a la familia del menor).

Tipos de violencia

La OMS (2020) también cita entre los tipos de violencia las siguientes: la física, la psicológica, sexual y negligencia. Otros autores como Basile (2015) en su libro de medicina legal, manifiesta que en niños describen el síndrome de Munchausen como violencia domestica por fuera de las categorías, designadas por la OMS (2020).

La OMS (2020) agrega también como tipo de violencia en niños, la violencia testimonial y la define como aquella en la que el niño ve la agresión, vio resultados de la agresión, escucho la agresión. En el artículo, se plantea que el niño puede participar activamente en la agresión por ejemplo tratando de detener la pelea. Dependiendo del grado de exposición que tenga el niño, es cuánto va a afectar su salud mental por eso es muy importante una buena evaluación psicológica.

Por otra parte, la violencia familiar, como se define en el Manual de Medicina Legal y Deontología, cuyos autores son Pasquariello et al (2019), es toda conducta, por acción u omisión, que, en forma directa o encubierta, de modo físico o psíquico, se lleve en contra de uno o más integrantes del grupo familiar conviviente, lesionando su bienestar psicosocial y que puede llegar hasta la muerte. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia. La víctima puede ser cualquiera: niños o adultos. Esta es ejercida contra aquel que se ven como los más débiles de la familia. Esto genera una relación de abuso, en la cual hay un desequilibrio de poder que produce el daño y tiene que ser crónica, permanente y periódica.

Aspectos de la violencia

El Manual de Medicina Legal y Deontología, cuyos autores son Pasquariello et al (2019) de Pascuarillo et al (2019) define entre varios aspectos: El temporal: fines de semana, vespertinos y aislamiento. Mientras el en espacial: privado, sin testigos y en el aspecto temático: suele encontrar algún tema el cual desencadena la violencia.

Por su parte, el Dr. Basile (2015) habla sobre la pediatría forense: refiere aspectos subjetivos y objetivos de una disciplina medica vinculada a los derechos de los menores de edad y consecuencias del maltrato.

Sostiene que dichos derechos están establecidos y protegidos por la ley 26.061 denominada Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, INFOLEG (2005), indica que el sistema de protección integral debe ser conformado por distintos niveles, establecidos en el artículo 42 de dicha ley: a saber: a) nacional: es el organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia en el ámbito del Poder Ejecutivo nacional. b) Federal: es el órgano de articulación y concertación, para el diseño, planificación y efectivización de políticas públicas en todo el ámbito del territorio de la República Argentina y c) Provincial: es el órgano de planificación y ejecución de las políticas de la niñez, cuya forma y jerarquía, determinará cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando las respectivas autonomías, así como las instituciones preexistentes

Basile (2015), continúa hablando sobre el Síndrome de maltrato infantil: descrito en el año 1962 por Kempe, Silverman y otros en su trabajo The Battered-Child Syndrome: Encontrando en el ámbito jurídico como: sevicia y en el ámbito de pediatría medicolegal: se discrimina bajo dos formas: 1)- síndrome de Caffey-kempe: radiológico. Fracturas, fisuras, luxaciones o subluxaciones de distinto grado de evolución. Se puede asociar hematomas, excoriaciones, úlceras, lesiones en cuero cabelludo, fracturas de dientes, entre otros y 2)- síndrome de Munchausen: cuidador inventa o crea síntomas o signos en el niño, confundiendo al médico tratante, por lo que provoca que se le realicen practicas costosas, peligrosas o traumáticas al mismo como método diagnostico o terapéutico.

Basille (2015) también define elementos de sospecha en: discrepancia en el relato de los padres y características de la lesión, antecedentes previos o frecuentes de traumatismos o lesiones, infecciones o intoxicaciones sin causa orgánica demostrable,

desaparecen de hallazgos semiológicos durante una internación, condiciones inadecuadas de higiene, vestido o alimentación, carencia de la asistencia médica, conducta o afecto no esperado por parte del paciente para dicha situación, rechazo o temor por madre, padre, familiar, cuidador, entre muchos otros rasgos.

Relato del niño

Habla de los relatos que realiza el niño en las entrevistas, en la cuales se clasifica los abusos físicos enmarcados dentro de los siguientes tipos: “lesiones cutaneomucosas tales como: equimosis, hematomas, alopecia, entre otras; lesiones osteoarticulares, tales como: luxaciones, subluxaciones, fracturas, contusiones por tracción; lesiones toracoabdominal: ruptura de vísceras macizas o huevas, hematoma de duodeno intramural; lesiones oculares: desprendimiento de retina, hemorragia retiniana, desprendimiento de cristalino, hematomas periorbitarios y Lesiones del SNC: hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, edema cerebral, síndrome del latigazo cervical” Basile (2015) (p. 220-221).

Abuso sexual

Los diferentes tipos de abuso sexual se encuentran discriminados en la ley 25087 denominados delitos contra la integridad sexual y se encuentran específicamente en el artículo 119 del Código Penal y los clasifica en: simple: sin acceso carnal, -agravado y violación.

El abusador es por lo general, conocido o familiar del niño. En su mayoría, son hombres. Operan mediante extorsiones, seducciones, amenazas o intimidaciones para que el niño no hable.

Por ello en el Código Penal se condena fuertemente este delito observando así en el artículo 119 del Código Penal, Ley 11179 lo siguiente:

“Será reprimido con reclusión o prisión de seis (6) meses a cuatro (4) años el que abusare sexualmente de una persona cuando ésta fuera menor de trece (13) años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción”. (INFOLEG, 1984, art. 119)

Asimismo, establece que “la pena será de cuatro (4) a diez (10) años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima”.

“La pena será de seis (6) a quince (15) años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por vía anal, vaginal u oral o realizare otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías”

El ccódigo penal con base a la consideración de elementos agravantes hace discrimina las siguientes penas: En los supuestos de los dos párrafos anteriores, la pena será de ocho (8) a veinte (20) años de reclusión o prisión si: a) Resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima; b) El hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda; c) El autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido peligro de contagio; d) El hecho fuere cometido por dos o más personas, o con armas; e) El hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones; f) El hecho fuere cometido contra un menor de dieciocho (18) años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo.

El mismo instrumento legal taxativamente expresa que: “en el supuesto del primer párrafo, la pena será de tres (3) a diez (10) años de reclusión o prisión si concurren las circunstancias de los incisos a), b), d), e) o f).” (INFOLEG 1984, art. 119)

Sobre este particular, Pasquariello et al (2016), refiere los indicadores de abuso sexual en los niños, cuyos indicadores destacan: De certeza: desgarros, transmisión de enfermedades venéreas, presencia de esperma. El único que confirma el diagnóstico. Así como el de alta sospecha: relato por parte del niño o terceros. Observación de lesiones genitales o paragenitales, dilatación de esfínteres. Este mismo autor, define los que denomina Probables y se deducen de acuerdo con la conducta del paciente. Específicamente se encuentra incluido en el capítulo de Violencia Domestica (p. 61 a 66) en el manual de medicina legal describiendo los siguientes indicadores:

Indicadores de abuso sexual en niños y adolescentes

Establecen como indicadores de abuso sexual en conducta el: Sometimiento, - Auto/heteroagresión, desconfianza, mala relación con los pares, bajo rendimiento escolar, depresión, ideas de muerte, conductas regresivas, no participación social, sobreadaptados, juegos sexuales persistentes, temor frente al hombre, trastornos de la alimentación, trastorno del control de esfínteres, delincuencia, drogadicción, intento de suicidio y trastornos disociativos.

Indicadores de violencia física en niños

Entre los indicadores de violencia física en niños, el manual citado, en correspondencia con la norma, contempla los siguientes: Lesiones en piel de tipo figurado (manos, pies, zapatillas, uñas, entre otras), surco excoriativo (marcas relacionadas con ataduras), quemaduras, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, hemorragia y desprendimiento de retina, áreas de alopecia, lesiones internas inexplicables (ej.: rotura de bazo), fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos y sin mecanismo fisiopatológico que lo justifique. Así como: síndrome del bebe sacudido: hemorragias periependimarias, subaracnoideas y contusiones hemorrágicas en hemisferios cerebrales. Este síndrome se da en menores de 2 años.

Exámenes auxiliares

Fernández et al (2021) en el protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales establece que, dentro de las 72hs, es el lapso más recomendable para realizar los siguientes exámenes con el propósito de realizar el mejor y más completo diagnóstico, a saber: examen físico, orina completa, cultivo de exudados vaginal, anal u orofaríngeo, serología y test diagnósticos para sífilis, hepatitis y HIV.

Evaluación por sospecha de maltrato infantil

El Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires (2014) específicamente en el protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil, sostiene que, para pesquisar el maltrato infantil, cualquiera sea el tipo es muy importante que se haga un trabajo interdisciplinario. Se requiere la participación de: psicológicos, asistentes sociales, médicos de distintas especialidades, servicio social y colegio.

Hay múltiples escalas hechas para indagar acerca de la vivencia de violencia doméstica. Entre ellas está Children´s exposure to domestic violence scale, creada por un brasileño en el 2007, la cual es muy utilizada en muchos países.

Denuncia

La ley 24.417 denominada ley de protección contra la violencia familiar en su artículo 2, establece que “el maltrato infantil particularmente es un delito de instancia pública, a diferencia de lo que ocurre con la violencia de género. Esto quiere decir que la denuncia puede ser realizada por cualquier persona saber: cualquier integrante de la familia, personal educativo, profesionales de la salud (justa causa), asistentes sociales, funcionarios públicos debido a su labor. Inclusive la puede denunciar los menores, en ese caso, necesitan un representante legal o dirigirse al ministerio público” (INFOLEG, 1994).

La realización de la denuncia por ciertos actores es de carácter obligatorio. La denuncia se hace en el fuero penal, fiscalías o ministerio público.

Sobre el tema de la denuncia, la Ley 12569 ley provincial contra la violencia familiar. Art. 4-5 establecen lo siguiente:

Artículo 4.- Cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismas, estarán obligados a hacerlo sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan indicios de que puedan existir” (Ministerio Público Provincia de Buenos Aires, 2000)

Estable además esta ley que la denuncia deberá formularse inmediatamente.

“En caso de que las personas mencionadas precedentemente incumplan con la obligación establecida el Juez o Tribunal interviniente deberá citarlos de oficio a la causa, además podrá imponerles una multa y, en caso de corresponder, remitirá los antecedentes al fuero penal. De igual modo procederá respecto del tercero o superior jerárquico que por cualquier medio, obstaculizará o impidiera la denuncia.”

Asimismo, en su artículo 5 de esta misma ley provincial se establece:

“Los menores de edad y/o incapaces víctimas de violencia familiar, podrán directamente poner en conocimiento de los hechos al Juez o Tribunal, al Ministerio Público o la autoridad con competencia en la materia, a los fines de requerir la interposición de las acciones legales correspondientes.” (Ministerio Público Provincia de Buenos Aires, 2000)

Medidas de protección integral de derechos.

Las medidas de protección integral de derechos se encuentran contenidas en la Ley 26.061: Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, específicamente en los artículos: 33, 34, 37, 39, 40, y 41 INFOLEG (2005) Al respecto, en el artículo 33. Se define las medidas de protección integral de derechos como “aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias”.

Cabe destacar que la amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la Sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente. Y establece taxativamente la ley citada que: “La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes

es, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.” (Artículo 33)

Finalidad del otorgamiento de las medidas de Protección

La finalidad de estas medidas de protección se encuentra contenidas en el artículo 34 de esta misma ley, al establecer que: “tienen como finalidad la preservación o restitución a las niñas, niños o adolescentes, del disfrute, goce y ejercicio de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias.”

Medidas de Protección

Estas se encuentran contenidas en el artículo 37 de la Ley 26.061: Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes la cual establece que, comprobada la amenaza o violación de derechos, deben adoptarse, entre otras, las siguientes medidas:

a) Aquellas tendientes a que las niñas, niños o adolescentes permanezcan conviviendo con su grupo familiar;

b) Solicitud de becas de estudio o para jardines maternales o de infantes, e inclusión y permanencia en programas de apoyo escolar;

c) Asistencia integral a la embarazada;

d) Inclusión de la niña, niño, adolescente y la familia en programas destinados al fortalecimiento y apoyo familiar;

e) Cuidado de la niña, niño y adolescente en su propio hogar, orientando y apoyando a los padres, representantes legales o responsables en el cumplimiento de sus obligaciones, juntamente con el seguimiento temporal de la familia y de la niña, niño o adolescente a través de un programa;

f) Tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico de la niña, niño o adolescente o de alguno de sus padres, responsables legales o representantes;

g) Asistencia económica.

La presente enunciación no es taxativa.”

Medidas Excepcionales.

Son aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio. Tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias (INFOLEG, 2005, artículo 39)

Estas medidas son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen.

Procedencia de las medidas excepcionales. Señala el mismo artículo 40 de esa misma ley, que Sólo serán procedentes cuando, previamente, se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en el artículo 33.

Declarada procedente esta excepción, será la autoridad local de aplicación quien decida y establezca el procedimiento a seguir, acto que deberá estar jurídicamente fundado, debiendo notificar fehacientemente dentro del plazo de veinticuatro (24) horas, la medida adoptada a la autoridad judicial competente en materia de familia de cada jurisdicción. El funcionario que no dé efectivo cumplimiento a esta disposición será pasible de las sanciones previstas en el Capítulo IV del Código Penal de la Nación.

La autoridad competente de cada jurisdicción, en protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes dentro del plazo de setenta y dos (72) horas de notificado, con citación y audiencia de los representantes legales, deberá resolver la legalidad de la medida; resuelta ésta, la autoridad judicial competente deberá derivar el caso a la autoridad local competente de aplicación para que ésta implemente las medidas pertinentes.”

Aplicación.

Las medidas establecidas en el artículo 39, de la misma norma se aplicarán conforme a los siguientes criterios:

a)” Permanencia temporal en ámbitos familiares considerados alternativos. Las medidas consisten en la búsqueda e individualización de personas vinculadas a ellos, a través de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, ... en todos los casos teniendo en cuenta la opinión de las niñas, niños y adolescentes;

b) “Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a una forma convivencial alternativa a la de su grupo familiar, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles, el regreso de las niñas, niños y adolescentes a su grupo o medio familiar y comunitario...

c) Las medidas se implementarán bajo formas de intervención no sustitutivas del grupo familiar de origen, con el objeto de preservar la identidad familiar de las niñas, niños y adolescentes;

d) Las medidas de protección excepcional que se tomen con relación a grupos de hermanos deben preservar la convivencia de estos;

e) En ningún caso, las medidas de protección excepcionales pueden consistir en privación de la libertad;

f) No podrá ser fundamento para la aplicación de una medida excepcional, la falta de recursos económicos, físicos, de políticas o programas del organismo administrativo.” (INFOLEG, 2005, artículo 41)

Acciones del juez

El juez debe solicitar un diagnóstico de interacción familiar que realizan los peritos de diversas disciplinas para evaluar los daños tanto físicos como psíquicos, evaluar la situación de peligro y medio social y ambiental de la familia.

Medidas cautelares que puede dictar el Juez

La ley 24.417 en su artículo 4º, establece que, una vez realizada la denuncia, el juez podrá dictar medidas cautelares entre estas: exclusión del violento del hogar, restitución de la víctima al hogar en caso de que lo hubiese abandonado, prohibición del acceso a los todos lugares que frecuente la víctima, alimentos, tenencia y comunicación y tiempo de duración de estas medidas cautelares” INFOLEG (1994)

¿Qué pasa con el niño u adolescente?

Posterior a los informes, se realiza juicio en el tribunal correspondiente y se realiza la sentencia definitiva. Al respecto las opciones son: que el niño u adolescente quede a cargo de madre o padre no violento, que el niño u adolescente quede a cargo de familiar, que el niño u adolescente pase a un hogar y luego de un tiempo, entre en el sistema de adopción (ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes 26.061, artículos del 37º al 41 (INFOLEG, 2005)

¿Qué ocurre durante la pandemia?

Sobre la base de lo planteado por UNICEFF en conjunto con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en la edición N°9 del análisis de datos del programa “víctimas contra las violencias” 2020-2021, se puede ver que, normalmente, los niños concurren a control o al colegio por lo que todo el personal en contacto con ellos está

más cerca de realizar la evaluación y poder evaluar si sufren o no violencia. Asimismo, durante las pandemias, lo que ocurre es que los niños dejan de tener sus actividades habituales lo que genera que pasen más tiempo en la casa y en contacto con el agresor. Si bien no hay cifras oficiales sobre esto, la tendencia es a pensar que se va a traducir o ya se traduce en un aumento de la violencia, cualquiera sea el tipo. Por otro lado, hay menos personas que puedan advertir esta situación.

Por este motivo, es muy importante en tiempo de pandemias la colaboración de un vecino, que haya visto o haya oído algo para que pueda recurrir a la policía y que se investigue. Actualmente, el número para hacer las denuncias es el 137, que funciona las 24hs. Aparte, desde Nación, agregaron un número de WhatsApp 113133-1000 y un mail vicontravio@jus.gov.ar para arbitrar más medios de denuncia ya que también consideran que la situación se va a agravar.

Finalmente, la ayuda y tratamiento va a depender de las necesidades de cada caso en particular, pero siempre se brinda asistencia por salud mental y contención.

Formas de violencia

En el capítulo de Violencia doméstica del manual de Pasquariello et al (2016) se establece que entre las formas de violencia se encuentran: la agresividad: energía o disposición que se propaga al individuo para la lucha. En este sentido, tiene una connotación positiva. Ahora, si esa agresividad es sin razón y descontrolada, toma una connotación negativa. Así como también la Hostilidad: conducta agresiva, en la cual la energía se transforma en acción contra alguien o algo para causar daño.

La agresión se da en una relación de igualdad, es decir, simétrica. En esta, por ejemplo, puede haber de golpes.

El castigo se da en una relación de desigualdad, es decir, asimétrica. En esta, cada uno tiene un rol: Dominante: es el victimario. Busca mediante el castigo modelar a su víctima o mejorarla y Dominado: es la víctima. Esta persona toma un rol sumiso, aceptando el castigo porque cree que lo merece. Suelen ser persona con baja autoestima y desvaloración de uno mismo.

Finalmente, cabe destacar que todo este sistema de protección de derechos existentes en la norma nacional se encuentra en correspondencia la ley 23.849:

convención de los Derechos del Niño. Que entre todo su articulado se destaca el Artículo 20 el cual establece que:

“1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.

2. Los Estados Parte garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidado para esos niños.

3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción, o de ser necesario la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.” (p3)

Rol de los servicios locales (provincia)

La ley 13.298 titulada: ley de la promoción y protección integral de los derechos de los niños artículos 19, 20, 32, 33, 34

Funciones de los servicios locales de Protección de los derechos del niño

Las funciones que desempeñan los servicios locales de Protección de los derechos del niño tendrán las siguientes funciones:

a) Ejecutar los programas, planes, servicios y toda otra acción que tienda a prevenir, asistir, proteger, y/o restablecer los derechos del niño.

b) Recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño.

c) Propiciar y ejecutar alternativas tendientes a evitar la separación del niño de su familia y/o guardadores y/o de quien tenga a su cargo su cuidado o atención.” (Ministerio Público Prov. BA, 2005, artículo 19)

Equipo técnico de apoyo

“Los Servicios Locales de Protección de derechos contarán con un equipo técnico – profesional con especialización en la temática, integrado como mínimo por:

- 1.- Un (1) psicólogo
- 2.- Un (1) abogado
- 3.- Un (1) trabajador social
- 4.- Un (1) médico

La selección de los aspirantes debe realizarse mediante concurso de antecedentes y oposición. (Ministerio Público Prov. BA, 2005, artículo 20)

Medidas de protección

“Las medidas de protección son aquellas que disponen los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos cuando se produce, en perjuicio de uno o varios niños, la amenaza o violación de sus derechos o garantías, con el objeto de preservarlos o restituirlos. La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión de personas físicas o jurídicas.” (Ministerio Público Prov. BA, 2005, artículo 32)

Las medidas de protección de derechos “son limitadas en el tiempo, se mantienen mientras persistan las causas que dieron origen a la amenaza o violación de derechos o garantías, y deben ser revisadas periódicamente de acuerdo con su naturaleza. En ningún caso una medida de protección de derechos a de significar la privación de libertad ambulatoria del niño. El cese de la medida de protección por decisión unilateral del niño no podrá ser sancionada bajo ningún criterio o concepto. En consecuencia, queda expresamente prohibido disponer medidas de coerción contra el niño por razón del abandono del programa.” (Ministerio Público Prov. BA, 2005, artículo 33)

“Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a todos los niños. Cuando la amenaza o violación de derechos sea consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, laborales o de vivienda, las medidas de protección son los programas dirigidos a brindar ayuda y apoyo incluso económico, con miras al mantenimiento y fortalecimiento de los vínculos familiares.” (Ministerio Público Prov. BA, 2005, artículo 34)

El papel en este contexto de los profesionales del sistema de salud

El Programa provincial de prevención y atención de la violencia familiar y de género. (Subsecretaria de coordinación y atención de la salud Prov. Bs As (2014). Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil manifiesta que desde el sistema de salud establece que la detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes en el *profesional* sanitario. No es fácil detectar el maltrato infantil, tampoco es fácil la intervención. Sin embargo, cuanto antes se detecte la situación de Maltrato Infantil, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice. En muy pocos casos se tiene la certeza de una situación de maltrato y en un número menor de situaciones se piensa en el daño o perjuicio añadido que se puede causar al niño y/o a su familia con nuestra intervención.

Se pretende orientar al profesional sanitario en el qué hacer y en el cómo hacer cuando se ve confrontado en su práctica profesional con este tipo de situaciones. Entre alguna de las consideraciones dentro de este tema se encuentran:

a.- Dudas comunes:

. Tener dudas e interrogantes ante la presencia de una situación de maltrato infantil es algo normal. Lo importante es no obviar la situación y buscar el soporte necesario para intervenir. En este sentido es importante pensar la intervención desde una perspectiva de equipo interdisciplinario, buscando el apoyo y orientación de profesionales cercanos o responsables directos.

. La protección al niño/o y adolescente ante una situación de maltrato es un trabajo en equipo. Los profesionales del ámbito sanitario tienen mucho que decir y hacer en este tema. Es muy importante el trabajo interinstitucional, o sea la colaboración entre instituciones en la detección, notificación e intervención ante el maltrato infantil.

En este sentido, es el equipo quien informa conjuntamente a la autoridad competente y está avalado por esta resolución ministerial. Es importante pensar en el maltrato infantil como en un problema complejo que requiere intervención profesional. Pensar en el maltrato infantil como algo imposible de modificar y como un comportamiento a castigar coloca al profesional en una actitud de enfrentamiento y

agresividad frente a la familia. (Subsecretaria de coordinación y atención de la salud Prov. Bs As, 2014).

b.- Cómo pensar el Maltrato Infantil y su abordaje:

. La Subsecretaria de coordinación y atención de la salud Prov. Bs As (2014) en el protocolo citado, plantea que “intervenir no es sinónimo de derivar. La intervención conlleva la implicación técnica del profesional quién de forma coordinada e interdisciplinaria colaborará para reducir y/o evitar el maltrato, y en su caso, proteger al menor de una situación perjudicial para su salud física y emocional. Intervenir no debe asociarse unilateralmente con derivar al niño de un sitio a otro y someterlo a exploraciones y valoraciones excesivas.

. La producción de un informe sobre las lesiones no es la única intervención que realizar ante la detección de una situación de maltrato infantil. La protección de la víctima, del niño, es responsabilidad de todos los sistemas de protección por eso se debe informar debidamente a quien corresponda” (p 66). En tal sentido, hablar con la/el niña/o, escucharlo y tener en cuenta su opinión y sus deseos suele ser orientador a la hora de intervenir y tomar decisiones. Así como también, Intervenir por ella/él, pero sin contar con ella/él, puede generar en la niña/o/adolescente desconfianza hacia los adultos y/o los profesionales.

Es importante tener presente que la mayoría de los casos de maltrato infantil los agresores suelen ser los padres y que la/la niña/o se ve inmerso en un conflicto de lealtades y deseos entre el malestar/sufrimiento que le provoca el maltrato y el afecto que siente por sus padres. No es fácil aceptar y asumir que se está siendo maltratado por los padres.

.” Ante una sospecha de maltrato, hay que evitar toda actuación precipitada. La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los Servicios competentes: salud mental, servicio social, y los que el pediatra considere necesarios para la evaluación del menor” (p67) (Subsecretaria de coordinación y atención de la salud Prov. Bs As, 2014).

Qué hacer desde el ámbito hospitalario

Una de las características básicas de la estructura hospitalaria con relación al sobre la base de lo planteado por la Subsecretaria de coordinación y atención de la

salud (2014) con base al Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el ámbito sanitario, es la limitación temporal que implica la asistencia y atención al niño/adolescente y a su familia y que queda sujeta a la permanencia en este dispositivo. Otra particularidad de este nivel asistencial es la diversidad de unidades funcionales que lo componen y que requieren que sean contempladas con sus particularidades y características concretas. Por eso se creará en cada hospital que cuenta con servicio de Pediatría un Equipo Interdisciplinario para la atención de las/los niñas/os víctimas de maltrato y abuso. Estos equipos estarán integrados por médico/a, enfermero/a, psicólogo/a y trabajador/a social. Muchas veces es conveniente la hospitalización del niño/a, aunque las lesiones no presenten gravedad, para poder dar intervención a otros servicios y de esta manera detectar con mayor precisión y más tiempo la posibilidad de maltrato infantil.

Recomendaciones específicas sobre abuso sexual

Bajo la tipología de abuso sexual infantil, definido como “cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre éste”, se incluye una amplia gama de situaciones que van desde enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico hasta la agresión sexual. Por tanto, el abuso sexual, es muy diverso y variado y esto implica una intervención adaptada a esta diversidad. La agresión sexual a un niño, como el incidente más grave del abuso sexual infantil, puede darse dentro del entorno familiar del propio niño o fuera de él. En el primer supuesto estaríamos hablando de maltrato infantil intrafamiliar (el agresor es un adulto del entorno familiar del niño). En el segundo, de maltrato infantil extrafamiliar (el abusador no es miembro de la familia). Es importante tener en cuenta la temporalidad del incidente. Si se relatan incidentes de abuso sexual pasados o si se constata a través de las exploraciones médicas signos/indicadores de agresión sexual reciente que pueden ser apoyadas por el relato y verificación del propio niño/adolescente.

. Es importante tener presente que la mayoría de los casos de maltrato infantil los agresores suelen ser los padres y que la/la niña/o La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los Servicios competentes: salud mental, servicio social, y los que el pediatra considere necesarios para la evaluación del menor.

Recomendaciones específicas para profesionales sanitarios de la red hospitalaria

La detección de Señales de Alerta y de Indicadores de Maltrato Infantil dará lugar a la intervención del Equipo Interdisciplinario creado a tal fin que evaluará a la niña/o y notificará, primero al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos y luego al Fiscal de Turno. (Evaluando gravedad y urgencia)

Cómo hacer

El cómo hacer nos indica de las técnicas de que dispone el profesional sanitario para abordar la detección e intervención de situaciones de maltrato infantil. Las técnicas más habituales y algunas pautas específicas al respecto contenidas en este Protocolo específico son:

La entrevista su lenguaje

La entrevista realizada con la finalidad de indagar sobre una posible situación de maltrato debe realizar, teniendo en cuenta:

. a.-La necesidad de un espacio físico adecuado para tal fin: sin ruidos ni intromisiones externas, en un ambiente cómodo y favorecedor del proceso de empatía entrevistador-entrevistado.

. b.- El profesional que realice la entrevista debe tener formación y/o experiencia en esta técnica y en el contenido sobre el que va a versar: en este caso, el maltrato infantil. Algunos factores para tener en cuenta y que pueden ayudar al entrevistador son:

1) Revisar los prejuicios y creencias previas que se tienen sobre el tema para evitar su influencia y determinación en las valoraciones.

2) Si es posible, preparar previamente o estructurar anticipadamente el contenido de la entrevista teniendo claro en todo caso: Para qué y porqué de la entrevista, información básica que se quiere obtener.

3) Dedicar un tiempo inicial a establecer un vínculo con el entrevistado que facilite la entrevista.

4) evitar hacer preguntas directas que puedan resultar bruscas o agresivas.

5) Tener capacidad de adecuación al ambiente que se va desarrollando y modificando durante la entrevista.

6) No hacer preguntas innecesarias.

7) Mantener una actitud constante de escucha hacia el entrevistado.

8) Estar atento a los silencios y las resistencias del entrevistado.

9) Apaciguar las tensiones que puedan surgir durante la entrevista.

10) Si la profesional duda de su propia capacidad para abordar la entrevista,

Debe pedir apoyo o asesoramiento a profesionales con mayor formación.

Recolección, análisis, registro y trato de la información

Con base a lo establecido en el Protocolo citado, creado por la Subsecretaría de coordinación y atención de la salud Prov. Bs As, 2014), el profesional sanitario debe tener en cuenta:

La necesidad de registrar en la Historia Clínica de la niña/o/adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato, diferenciando la información recogida a través de exploraciones médicas a la niña/o, de cualquier otra información recogida por otros medios. Asimismo, es importante no perder la finalidad de los datos que se recojan y registren: disponer antecedentes que ayuden al profesional en el diagnóstico, evitar el desconocimiento de la situación ante cambios de profesionales, dar continuidad a la información para poder ser más eficaz en el abordaje de una situación de maltrato infantil. La información por recoger y registrar se articula en torno a: Antecedentes sanitarios del niño/familia, Situación sanitaria actual, Situación sociofamiliar actual, actitud del niño y los padres en el proceso de valoración, interacción niño/adolescente con sus cuidadores, relación del niño con el entorno sanitario.

.” Ante una sospecha de maltrato, hay que evitar toda actuación precipitada. La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los Servicios competentes: salud mental, servicio social, y los que el pediatra considere necesarios para la evaluación del menor” (p67) (Subsecretaría de coordinación y atención de la salud Prov. Bs As, 2014).

El Equipo Interdisciplinario interviniente debe evaluar la urgencia y/o gravedad de cada situación de Maltrato Infantil, de acuerdo con los indicadores ya señalados anteriormente. Una vez que ha realizado el diagnóstico de Maltrato, indicando tipo e indicadores observados, deberá notificar a las autoridades que correspondan:

1º) al Servicio Local o Zonal de Promoción y Protección de Derechos de niñas/os y adolescentes

2º) y luego al Fiscal de turno (Evaluando gravedad y urgencia)” (Subsecretaria de coordinación y atención de la salud (2014, p 16-21)

Asimismo, el Ministerio de Salud (2015) Programa provincial de prevención y atención de la violencia familiar y de género, específicamente en la Guía de abordaje integral ante situaciones de Violencia Sexual hacia Niños, Niñas y Adolescentes contempla que lo siguiente:

Señales para tener en cuenta para la detección de situaciones de violencia sexual

Existen algunas manifestaciones que permitirán que el equipo de salud identifique más claramente la presunción de situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes. Se utiliza el término señal entendiendo que la misma sirve para aportar información relevante y significativa sobre la posibilidad de ocurrencia de una situación. “Estas manifestaciones no conforman por sí solas un diagnóstico de violencia sexual, sino que dan lugar a establecer firmes sospechas, debiendo profundizar el análisis de su presencia según la particularidad de cada situación y en el contexto en que se presentan”.

Habitualmente se puede observar en los/as NNyA la presencia de cambios conductuales, emocionales y/o pérdida de adquisición de pautas madurativas, de las que tanto padres y madres como personas cercanas (docentes, pediatras, abuelos/as, entre otros no pueden encontrar explicación alguna. Por lo general los/as NNyA que son víctimas de violencia sexual se expresan sobre la situación, aunque los/as adultos que los escuchen u observen no la signifiquen como tal.

Es necesario prestar atención a ciertas manifestaciones, las cuales varían según las características de cada NNyA y el momento evolutivo. Entre ellas podemos

mencionar: irritabilidad, llanto frecuente, alteraciones en el sueño y la alimentación, masturbación compulsiva, miedos intensos (para ir a la cama, acercarse o permanecer con ciertas personas), comportamientos y discursos sexuales que no están de acuerdo a su edad, comportamiento temeroso y estado de alerta constante en la consulta y/o entrevista, pérdida de confianza y tendencia al aislamiento, dificultades vinculadas con la capacidad de empatía y para entablar vínculos interpersonales con pares, adultos/as referentes, etc., enuresis y/o encopresis secundaria, en las relaciones con pares en preescolares puede ser normal la observación del cuerpo de los demás, tocamientos, movimientos coitales, mal rendimiento escolar, deserción escolar, entre otras.” (p. 27-28)

“Asistencia psicológica

Con respecto a la oferta de asistencia psicológica, ésta debe ofrecerse desde el inicio de la atención. Esta oferta debería alcanzar no sólo al/la NNyA sino también a su familia, incluyendo una contención inicial, una evaluación clínica y de los riesgos e interconsulta a psiquiatría de corresponder. Es importante tener en cuenta que estas entrevistas que se realicen con el/la NNyA y su familia no equivalen a iniciar un tratamiento psicológico.

Según las características de la situación se evaluará si es necesario iniciar o no en ese momento un tratamiento psicoterapéutico, teniendo en cuenta la salud psíquica del/la NNoA, la plasticidad de su psiquismo para elaborar estas situaciones traumáticas, las consultas y revisiones que deberán afrontarse.

Recomendaciones generales

Cualquier situación de violencia sexual puede implicar un incidente traumático para el/la NNoA, esto debe evaluarse en función de la edad y el momento evolutivo. Muchas veces lo traumático puede estar asociado a la reacción del entorno familiar (incredulidad, enojo, culpabilización, tendencia a mantener el hecho en secreto, etc.) Es importante situar qué tipo de vínculo se establecía con el/la abusador/a, ya que en el caso que hubiese incesto, se trata de la trasgresión de una de las leyes constitutivas y ordenadoras del psiquismo humano. Las intervenciones deberán orientarse a lograr correr al NNoA de la posición de objeto en la que ha sido colocado/a.

En relación con la/o(s) madre(s), padre(s) y/o adulto/a(s) responsable es necesario trabajar fundamentalmente su implicación en la situación de violencia sexual.

Abordaje de Trabajo Social

Con respecto a la intervención del/la Trabajador/a Social ésta debe partir de la búsqueda de una acción planificada en lo estratégico, organizada en la acción y coordinada en la intervención entre los diferentes actores/as desde un análisis comprensivo de la complejidad de la situación del/la NNoA, de su grupo familiar y de su grupo de referencia. Recomendaciones generales Realizar un relevamiento de la situación socio- familiar, vincular e institucional, para arribar a un diagnóstico situacional adecuado, que abarque entre otras cuestiones, la historia del/la NNoA y su familia, la cronicidad de la situación de violencia sexual y de otras formas de violencia, y otros factores de vulnerabilidad, sugiriendo documentar la información de manera detallada. A partir de este diagnóstico se diseñarán en coordinación con el resto equipo interviniente y las instituciones que se consideren pertinentes, las estrategias a implementar según la singularidad de cada situación.

Evaluar según cada situación particular, la necesidad de contacto con las instituciones a las que concurre o ha concurrido el/la NNoA a fin de relevar las intervenciones previas.

Promover la correspondiente articulación intra-interinstitucional y con los vínculos familiares y sociales de referencia a fin de fortalecer las redes de sostén del/la NNoA y su grupo familiar. Realizar el asesoramiento pertinente y adecuado a cada situación sobre los derechos que le asisten al/la NNoA y/o a su familia.

Ofrecer asesoramiento y acompañamiento para la gestión de los recursos que sean necesarios. Hacer un seguimiento para conocer cuáles fueron las respuestas y acciones de los otros organismos que tomaron intervención en la situación.

Atención Médica

Es importante tener claro cómo se presenta la situación pues orientará sobre cómo proceder. Las intervenciones requerirán según los casos, de la confirmación de los síntomas /o signos de alerta, para lo cual habrá que utilizar diferentes estrategias de diagnóstico e interconsulta, tratando de no generar un mal mayor al/la NNoA. El examen físico buscará certificar ciertos signos que estarán determinados por indicadores físicos

específicos, los cuales no siempre están presentes. Cuando se examina al NNoA, es importante saber, de ser posible, en qué contexto ocurrió u ocurrieron los hechos de violencia sexual. Es necesario solicitar el consentimiento ante los exámenes físicos evitando prácticas revictimizantes como, por ejemplo: La presencia de varias personas al momento del examen. La realización de estos previniendo modos invasivos y/o bruscos.” (p.31-33)

“Según el Protocolo para la Atención Integral a Personas Víctimas de Violaciones Sexuales, Ministerio de Salud, Presidencia de La Nación se debe brindar la Anticoncepción de Emergencia lo antes posible y hasta 5 días después de la violación. Cuanto antes se tome la pastilla, mayor será la efectividad. A medida que pasa el tiempo, la efectividad va disminuyendo. Si se toma dentro de las primeras 12 horas la eficacia es del 95%. Cuando ya van entre 49 y 72 horas del episodio la efectividad es del 58%.” (p.33)

Obligaciones Legales y Denuncia

Luego de la escucha por personal idóneo, deberá efectuarse inmediatamente la denuncia con relación a los hechos de violencia.

A partir de la denuncia se requerirá el debido resguardo del/la NNoA como así también de los otros miembros de su familia si fuera necesario y se impulsará la orden por parte del Poder Judicial de las medidas cautelares protectorias.

En estos casos los/as responsables -padre(s), madre(s), tutore(s), guardadore/a(s)- están obligados/as a denunciar en primer lugar. Es importante trabajar que sean éstos/as quienes realicen la denuncia penal, teniendo en cuenta cada situación particular, ya que el hecho de que realicen la correspondiente denuncia marca una posición de cuidado y de creencia en los dichos del/la NNoA.

En caso de que la/el NNoA haya sido abusada/o por personas encargadas de su cuidado, o algún familiar, deberá denunciar los hechos, cualquier persona que tome conocimiento desde el ámbito público o privado o tenga sospechas sobre su ocurrencia, en particular docentes, agentes de salud y otros/as funcionarios/as públicos.

Es conveniente que esta denuncia sea presentada con respaldo de las autoridades de la institución a la que pertenecen estos/as actores, ante los organismos competentes en la defensa de los derechos de NNyA. El primer organismo que tome

conocimiento debe denunciar, sin la necesidad de cumplirse condición alguna, como podría ser el pedido de autorización a un superior jerárquico. Para formular la denuncia, no se requiere asistencia letrada.

Dónde realizar la denuncia

Las denuncias penales pueden ser realizadas ante autoridades judiciales o policiales en cualquiera de estos organismos: Gabinete de Delitos Sexuales de la Dirección Departamental de Investigaciones (DDI). Unidades Funcionales de Instrucción (UFI), Unidades Descentralizadas especializadas en Violencia de Género, Comisarías de la Mujer y la Familia (CMF), Comisarias locales o en Oficinas de Atención a las Víctimas de Violencia de Género.” (p.46-48).

Para desarrollar todos los estudios pertinentes y documentar la denuncia, el Ministerio de Salud. (2021). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencias sexuales contempla los siguientes estudios que debe realizar el equipo de salud:

Exámenes de laboratorio

A.- Estudio cito bacteriológico

Las tomas dependen del lugar del cuerpo afectado en la violación:

a.- Frotis para microscopía directa y Gram.

b.- Cultivo de cada sitio en que hubo penetración o intento para gonococo y clamidia. En los centros en los que estuvieran disponibles, se recomienda la realización de pruebas moleculares sobre el cultivo tradicional dada su mayor sensibilidad y especificidad.

B.- Análisis de sangre basales

a.-Sífilis: screening con pruebas no treponémicas (VDRL o similar) para descartar infección previa y confirmación con pruebas treponémicas de acuerdo con algoritmos vigentes. En caso de estar disponibles, pueden emplearse test rápidos. -- VIH: test ELISA o similar, previo consentimiento y asesoramiento. Se recomienda el uso de pruebas de cuarta generación siempre que estén disponibles dado que reducen el período de ventana para la detección (usualmente 2 a 4 semanas luego de la infección

versus 4 a 6 semanas para pruebas de tercera generación). Si bien el uso de test rápidos permite descartar la infección previa, no es un método apropiado si se sospecha infección aguda en la víctima.

b.- Hepatitis B: en personas vacunadas se recomienda dosaje cuantitativo de anticuerpos anti-antígeno de superficie (HBsAc). En personas no vacunadas o en quienes el historial de inmunizaciones no esté disponible se dosará además antígeno de superficie (HBsAg) y anticuerpos contra la proteína del Core (HBcAc), y se inicia esquema de vacunación para Hepatitis B. -- Hepatitis C: la inclusión de la Hepatitis C en los análisis basales es importante. La Ac HCV y PCR ARN VHC negativo descarta la infección. Si Ac HCV fuera positivo, se debe solicitar PCR VHC y derivar al especialista.

c.-Hepatograma.

d.-Test de embarazo: para diagnóstico de embarazo previo en personas con capacidad de gestar. En caso de faltar este estudio, de todas formas, deben comenzarse las profilaxis y demás intervenciones recomendadas (profilaxis para VIH, anticoncepción de emergencia, etc.). --Otros: de acuerdo con el criterio clínico de cada caso en particular.

Tratamientos Incluyen el abordaje de las lesiones corporales y/o genitales, el tratamiento antirretroviral para prevención de VIH y la medicación para otras ITS, vacunas y anticoncepción de emergencia (AE).

a.-Tratamiento de lesiones corporales y genitales

El examen médico debe identificar todas las lesiones corporales y signos clínicos, y evaluar la necesidad eventual de derivación asistida para valoración por otros/as integrantes del equipo de salud. Dado que puede haber lesiones que la persona no recuerde haber sufrido durante el ataque, un examen físico minucioso resulta fundamental. Debe realizarse un minucioso examen ginecológico (genitales internos y externos), consignando y registrando todas las observaciones. Si se considera necesario, se puede convocar en consulta a un cirujano/a o proctólogo/a. Se debe solicitar la autorización previa de la persona para el examen físico y brindarle un trato amable y cuidadoso. Todas las lesiones que presente en cualquier parte del cuerpo, como erosiones, escoriaciones, contusiones, lesiones equimóticas, hematomas, heridas contusas o cortantes, quemaduras, fracturas, suturas, cicatrices, deben ser consignadas

en la HC y en el Libro de Guardia junto a las impresiones del equipo de salud, independientemente de la intervención o no de un/a médico/a legista.

b.-Anticoncepción de Emergencia

Brindar anticoncepción de emergencia forma parte de la atención inmediata de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que hayan sido víctimas de una violación. Hay dos tipos de anticonceptivos de emergencia: los métodos hormonales conocidos como anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) y el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu). Ambos deben ser opciones que la persona pueda evaluar y elegir. Respecto del DIU-Cu como AE es una opción para las personas que además deseen un método anticonceptivo de larga duración. Es importante tener especialmente en cuenta conversar con la persona sobre el procedimiento de colocación para que evalúe si quiere y puede transitarlo, considerando su situación psico emocional luego de la violación sexual. Dado que el uso de AE reduce, pero no elimina por completo la posibilidad de embarazo, el asesoramiento y seguimiento de las personas con capacidad de gestar que sufren una violación es clave:

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) debe ofrecerse inmediatamente y hasta 5 días después de la violación en personas con capacidad de gestar. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, su eficacia es del 95% y disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.” (p. 22-25)

Embarazo producto de una violación

En la Argentina, de acuerdo con la Ley 27.610, toda mujer, niña, adolescente y en general, toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a decidir y acceder a una interrupción del embarazo hasta la semana 14, inclusive, del proceso gestacional sin explicitar los motivos de su decisión (IVE). Además, tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) en las dos causales contempladas en el artículo 86 del Código Penal: i) si el embarazo es resultado de una violación, y ii) cuando existe peligro para su vida y/o su salud. Es por eso por lo que, cuando producto de una violación la persona queda embarazada siempre tiene derecho a interrumpir esa gestación. El equipo de salud debe informarle ese derecho y garantizarlo, si así lo solicita.” (p.26)

Inmunizaciones La vacunación involucra la profilaxis para la hepatitis B y la actualización del esquema de vacunación antitetánica.” (p.27). Hepatitis B quienes no tengan calendario completo y vacuna antitetánica, quienes no hayan sido vacunados en los últimos 10 años.

Profilaxis post exposición (PEP) en niños, niñas y adolescentes

Es importante comenzar tan pronto como sea posible, después de la exposición, idealmente dentro de las 2hs. y no más allá de las 72hs. Se recomienda continuar con el tratamiento post-exposición durante 28 días. La indicación de PEP corresponde siempre que el abusador/violador sea una persona infectada por VIH con carga viral detectable o VIH desconocido. En términos generales, la PEP debe administrarse lo antes posible luego del evento (como máximo dentro de las 72 horas) y por 28 días. En todos los casos de abuso sexual, se iniciará la profilaxis post exposición con TARV y se solicitará a la fuente de exposición (de ser posible):

Elisa VIH si el status al VIH es desconocido. Si el Elisa VIH de la fuente resultara negativa: se podrá suspender la profilaxis antirretroviral en los niños, niñas y adolescentes.

Profilaxis de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

La profilaxis en otras ITS busca reducir la posibilidad de transmisión de gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana.” (p. 30)

Abordaje psicológico y social

Si bien el abordaje psicológico de una víctima de violación es tarea de las/os profesionales del campo de la salud mental, la contención y acompañamiento es tarea de todo el equipo de salud que recibe y atiende a una persona que sufrió violencia sexual. Se trata siempre de no revictimizar a la persona, no juzgarla y tener una escucha activa y contenedora. Los siguientes apartados son puntos claves para tener en cuenta como perspectiva integral de todo el equipo de salud. El abordaje psicológico de una víctima de violación incluye la contención inicial y la evaluación de riesgos, incluido el riesgo psicológico asociado al hecho sufrido. Se debe ofrecer un espacio de escucha, contención y acompañamiento, donde trabajar de acuerdo con las necesidades de la persona, teniendo en cuenta los posibles efectos traumáticos del hecho ocurrido. El abordaje que se describe está pensado para violaciones recientes y sugiere un período

que cubre hasta aproximadamente los seis meses posteriores al hecho. En caso de que el tratamiento deba continuar se podrá realizar una derivación intra o extrahospitalaria, para la continuidad de dicho tratamiento. Se debe tener en cuenta la posibilidad de hacer lugar también a la atención de familiares y allegadas/os de las víctimas. A su vez, es necesario que el acompañamiento psicológico pueda estar articulado con el seguimiento del tratamiento médico, estimulando que la persona pueda realizar todo el proceso necesario para su recuperación. En las primeras entrevistas se recomienda indagar acerca de las redes de apoyo con las que cuenta la persona, para analizar las posibles estrategias de contención que pueden ayudar a fortalecer y acompañar el proceso de su recuperación. En relación con los objetivos de la intervención psicológica, los saberes teórico-clínicos y la perspectiva de género se articulan en las siguientes propuestas que deberían ser priorizadas y seleccionadas según la situación. Entre otras:

a.- Identificar y atender los puntos más urgentes.

b.- Evaluar los riesgos y asegurar los contactos con las redes de protección y apoyo.

c.- Dar espacio a la expresión del sufrimiento, y a que se abran nuevas significaciones para que el hecho, aunque doloroso y traumático, pueda ser narrado, simbolizado e incorporado a la historia personal.

d.- Disipar inquietudes y temores, así fueran reales o producto de la fantasía, con información clara, sencilla y precisa.

e.- analizar las posibles dudas y dificultades de la persona acerca de con quién, cuándo y cómo hablar de lo sucedido. En el caso de que ya lo haya relatado, dialogar sobre las respuestas que recibió, en particular de su red de vínculos significativa.

f.-Aportar elementos para que la persona comprenda que la violación no se relaciona con sus características, comportamiento o historia personal. Estos argumentos pueden contribuir de manera significativa a aliviar los autorreproches.

g.-Fortalecer su posición de sujeto. Valorar las estrategias de supervivencia y resistencia que puso en juego durante o después del ataque.

Escuchar y viabilizar su reclamo de justicia y de reparación.

i.-Propiciar el fortalecimiento personal.

j.- Abrir alternativas para que pueda ir reorganizando las facetas de su vida que se vieron afectadas.

k.-Propiciar la recuperación de su cuerpo y del placer sexual.

l.-Dar cabida a la expresión de sentimientos peligrosos o amenazantes como el deseo de venganza, ya que la puesta en palabra atenúa los riesgos de un pasaje al acto. Los efectos perniciosos de ese mismo deseo destructivo pueden volverse contra la víctima, y en ocasiones pueden provocar graves síntomas, como anorexia, automutilaciones o intentos de suicidio.

ll. -Esclarecer y reafirmar el carácter imprevisible del hecho y aportarle a la víctima elementos que le permitan comprender que es doloroso, pero superable. (Ministerio de Salud (2021). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencias sexuales)

Modalidades de la intervención psicológica

En cuanto a las modalidades del abordaje psicológico, una de las más usuales es la que se focaliza en los puntos de urgencia y es, por lo general, de duración breve (de 3-4 a 8-10 entrevistas). Una vez cumplida esta primera etapa, según evolución del malestar psicológico y/o los deseos de la persona consultante, puede formularse un nuevo acuerdo de mayor duración (generalmente algunos meses). Aun cuando esta modalidad sea más prolongada, sigue respondiendo a objetivos acotados que pueden relacionarse, por ejemplo, con trastornos que no han sido atenuados, o con problemas o decisiones que tiene que asumir la persona afectada: mudanzas, cambios de trabajo, dificultades en las relaciones sexuales y/o de pareja, entre otros. Resulta muy beneficioso, además, que funcione como acompañamiento en los casos en que se está desarrollando el proceso judicial. Sea breve o prolongada, es importante que al culminar los encuentros se realicen las devoluciones pertinentes y se deje abierta la posibilidad de que la persona pueda reanudar el contacto, para volver sobre efectos aún no resueltos del hecho o para plantear una intervención psicológica de objetivos más amplios.

La orientación a familiares y personas allegadas

Las puntualizaciones generales que siguen dependen de quién sea el agresor, si es ajeno al entorno familiar o si es parte de este; y de si las víctimas son adultas o

niñas, niños o adolescentes. Las reacciones del entorno cercano son siempre importantes, pero en el caso de NNA es fundamental determinar si existe una persona adulta protectora o no, a fin de tomar las medidas pertinentes. Muchas veces familiares o personas del entorno cercano pueden sentirse afectadas, por un lado, y por el otro, constituyen apoyos muy valiosos para la contención y el acompañamiento afectivo de las víctimas. No es infrecuente que alguna de las personas significativas para la víctima – por ejemplo, la pareja, la madre, el padre, la culpabilicen. Puede darse que ni siquiera se muestren accesibles al diálogo. Cuando, pese a las tensiones – el acercamiento se logra, es conveniente contextualizar el hecho con argumentos sociales y culturales y explicitar que su apoyo y comprensión son indispensables para la recuperación de las víctimas. Algunas víctimas experimentan como un nudo específico de la situación, ambivalencias y resistencias para contar lo que les ha pasado. Esto puede responder a motivaciones muy variadas: son frecuentes las intenciones de “cuidar” a las personas queridas, es decir, evitarles un dolor; o bien, para protegerse ellas mismas de situaciones de mayor violencia que pueden derivarse de los deseos de venganza de sus familiares o personas cercanas. Una vez que la víctima decide a quién comunicarlo, es necesario abrir un diálogo acerca de cómo lo va a relatar. A veces puede querer hacerlo ella misma; en otros casos puede solicitar que lo haga el/ la psicoterapeuta, o bien llevarlo a cabo conjuntamente. En cualquiera de estas circunstancias lo crucial es el fortalecimiento de la víctima y la elaboración de expectativas lo más realistas posibles. Sea que las personas allegadas conozcan el hecho desde el principio o hayan sido informadas después, la orientación psicológica puede resultar beneficiosa.

La denuncia. Responsabilidades legales de las/os profesionales de salud

Con base a lo previsto en Ministerio de Salud. (2021). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencias sexuales, para las personas adultas en nuestro país la violación es un delito de instancia privada. Esto significa que a partir de los 18 años la decisión de instar la acción penal es de la víctima. En estos casos no corresponde que las /os profesionales de salud denuncien. Esto es diferente cuando se trata de niñas, niños o adolescentes (menores de 18 años), al ser delitos de instancia pública (art.72 del Código Penal), una vez realizada la comunicación correspondiente a los organismos de protección de derechos¹⁵, la intervención tendiente a la protección del/la niño/a o adolescente deberá contemplar también la denuncia penal por la situación de abuso para que se sancione al victimario, preferentemente en fiscalías u otros

organismos especializados en la temática. Debe priorizarse la atención de la salud integral de las NNA víctimas de violaciones sexuales, incluyendo el acceso a la interrupción del embarazo, sin que la realización de la denuncia, la obtención de material probatorio o la intervención judicial pueda retrasar o interferir de modo alguno con dicha atención. La evaluación para la realización de la denuncia debe contemplar, en caso de que no exista riesgo inminente de que la agresión se repita, el momento en que la niña o adolescente esté preparada para enfrentar el proceso penal. En todos los casos deberá ser prioritaria la protección del interés superior de la NNA involucrada/o y en especial la aplicación del principio de autonomía progresiva. Se debe garantizar su participación significativa en todos los procesos de toma de decisiones que las/os involucren, reconociendo y respetando su derecho a ser oídas/os. Para ello, los equipos tomarán las medidas necesarias de adaptación de los procesos, la información y las prácticas para ajustarse a su desarrollo madurativo y necesidades particulares, de forma que estén en condiciones de decidir y participar en todo momento. De este modo, deberá acordarse con la niña, niño o adolescente cómo se presentará la información y qué resguardos se pueden dar desde el sistema de salud para que la denuncia y el proceso penal se lleven adelante en virtud de su derecho al acceso a la justicia y respetando los principios de protección de sus derechos humanos.

La denuncia debe ser parte de una estrategia de protección de los derechos que deberá considerar la opinión de la NNA, una evaluación del riesgo en el que se encuentra y una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la realización de la denuncia. La denuncia policial o judicial no tiene que realizarse inmediatamente. Antes de realizarla se debe evaluar cada situación en particular para encontrar, en conjunto el/la niño, niña o adolescente, el equipo de salud y, de estar presente, el organismo de protección de derechos-, el mejor camino posible para llegar a dicha denuncia y para que el proceso judicial resulte una garantía del acceso a la justicia y no una instancia de revictimización. (Ministerio de Salud. ,2021. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violencias sexuales)

Dónde denunciar: con base a este protocolo se debe denunciar en: --
Fiscalías especializadas, Comisarías de la mujer o de la familia.

El deber de recibir denuncias:

Los organismos receptores de denuncias se encuentran obligados a recibir y tramitar tales denuncias en forma gratuita, a fin de garantizar el respeto, la prevención y la reparación del daño sufrido.

En caso de no hacerlo las personas que lo integran quedan sujetas a apercibimientos por “incumplimiento de deberes de funcionario público”. (p. 33-36)

“Responsabilidades legales

Finalmente, en la legislación nacional hay dos tipos de leyes que importan a los fines de la protección de los derechos de la niñez y adolescencia. Las leyes protectoras y las leyes que penalizan las violaciones a los derechos de NNA. Con relación a las primeras, la más importante y abarcadora es la Ley 26061, Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En cuanto a la legislación que puede aplicarse a los abusos sexuales, deben tenerse en cuenta, entre otras, las que garantizan los derechos de NNA. A saber, la Ley de Educación Sexual Integral, las Leyes contra la Violencia Familiar y la Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Otras leyes penalizan las violaciones a los derechos, como las figuras contempladas en el Código Penal, en el capítulo “Delitos contra la Integridad Sexual” y en el capítulo “Delitos contra la Libertad”. El marco normativo existente es amplio. Incluye algunas reformulaciones del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación acerca de las capacidades jurídicas de NNA -que ahora constituyen dos grupos claramente diferenciados e incorpora el principio de autonomía progresiva de NNA, así como un artículo que habla del “ejercicio de derechos personalísimos relacionados con el cuidado de la salud y el propio cuerpo”, que, sin duda, son relevantes para la intervención.

Las Víctimas Contra Las Violencias

El Programa Las Víctimas Contra Las Violencias, dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia a las Víctimas, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, brinda en situaciones de emergencia y urgencia: contención, asesoramiento y asistencia a víctimas de violencia familiar y sexual. Específicamente, respecto a niñas, niños y adolescentes, aborda situaciones de grooming, abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, y explotación comercial y sexual de niñas, niños y adolescentes. El

Programa recibe las consultas a través de cuatro canales posibles de comunicación: Línea telefónica 137, Línea de WhatsApp 1131331000, Pagina web institucional (formulario específico) - [https://www.argentina.gob.ar/justicia/violencia_familiar-sexual/formulario de-consulta-grooming](https://www.argentina.gob.ar/justicia/violencia_familiar-sexual/formulario_de-consulta-grooming) y/o correo electrónico institucional - vicontravio@jus.gob.ar-. Las líneas 137 y 1131331000 son gratuitas, tienen alcance nacional y funcionan durante las 24 horas los 365 días del año. Son atendidas por psicólogas/os y trabajadoras/es sociales entrenadas/os en perspectiva de género y derechos humanos, quienes brindan atención, contención, orientación y seguimiento profesional a víctimas de violencia familiar y/o sexual. Las/os profesionales que atienden la línea cuentan, además, con el apoyo de un equipo jurídico especializado que se ocupa de responder dudas legales y orientar sobre las acciones más apropiadas posibles a llevar adelante en cada caso, a la vez que articulan con los recursos locales de seguridad y asistencia en caso de ser necesario.” (Wierbinsky, (2021), (p. 1)

Sobre el origen de los datos

El Programa cuenta con un registro de las consultas recibidas, que permite relevar la información, realizar informes posteriores y analizar las intervenciones y resultados. Además, ofrece a sus profesionales instructivos, capacitaciones y actualizaciones permanentes para que la atención de las consultas y los registros sean adecuados y sistemáticos. La información de la base de datos se consulta en cada caso, dado que las personas suelen comunicarse más de una vez. De esta forma, se evita la reiteración del relato y que la persona sea revictimizada. Es importante destacar que la información recabada a través de las consultas está protegida por estándares de confidencialidad y secreto estadístico. Los datos que se presentan a continuación surgen del análisis de la información recabada a través de las consultas atendidas por las y los profesionales especializados de la Línea Nacional 137 del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias, recibidas entre los meses de octubre 2020 y septiembre 2021. No se trata de una muestra probabilística por lo cual no se pueden realizar generalizaciones poblacionales.” (p. 2)

Durante ese periodo mencionado, se recibieron en total 15.118 consulta, que abarcaban un total de 20.520 de víctimas en las consultas, siendo 9.989 NNA (48.7%).

Del total de las consultas, el 63.2% fue por violencia familiar y el 36.8% fue por violencia sexual.

Del total de las víctimas de las consultas, el 72.88% fue por violencia familiar (45.27% NNA) y el 27.12% fue por violencia sexual (54.73% NNA).

Ciudad y la Provincia de Buenos Aires representan el 63% de las consultas; y, en segundo lugar, en la región pampeana con el 8%. En el resto de las regiones del país se registran entre el 2% y el 4% de las consultas realizadas en el periodo. Refieren que esto puede estar relacionado con la difusión y el acceso a la información en las regiones y no con la mayor incidencia del problema.

Denuncias:

- 48,4% de las consultas por violencia familiar el contacto con la línea fue realizado directamente por la víctima, seguido por un familiar en el 21% de los casos
- 1 de cada 10 consultas por violencia familiar fue realizada desde comisarías, hospitales y otras instituciones.
- Terceros consultantes: vecinos
- En el 39% de los casos de violencia sexual es denunciado por un familiar de la víctima y en un 20,1% la propia víctima de la agresión. 18,8% de las consultas por violencia sexual registradas fueron reportadas por las comisarías.

En relación con la edad y el género de los NNA: El 59,4% fueron de género femenino (5.933 víctimas). El 32% se encuentra entre los 12 y los 17 años, siempre con predominio del género femenino. La diferencia es más amplia a medida que aumenta la edad. En lo que respecta a la violencia sexual, la diferencia entre el género femenino y masculino es de 4:1.

En lo que respecta al tipo de maltrato infantil sufrido:

Psicológica: 65.3%, psicológica y física: 31.1%, económica y psicológica: 1.5%, física, sexual y psicológica: 1.3%, física, económica y psicológica: 0.7%, sica, sexual, económica y psicológica: 0.3%

En lo que respecta a los agresores (excluye agresores sexuales): 62.1% se sexo masculino, 24.9% de sexo femenino Y 13% NS/NC.

Asimismo, el 53,8% de las víctimas fueron agredidas por su padre y el 29,8%, por su madre. El 90% de las víctimas de violencia familiar fueron violentadas por su padre, madre y/o padrastro

Dentro del abuso sexual, el 27.9% fue por abuso sexual sin acceso carnal, 20.5% fue por violación y el 29.4% corresponde a violencia sexual digital (grooming y pornografía).

Basándonos en las estadísticas de este informe, el lugar del hecho corresponde 36.2% en el hogar, siendo el agresor en un 81.1% de sexo masculino.

El 56.5% de los agresores corresponde a familiares (24% corresponde a padre; 20,4% a padrastro, tío, abuelo/a y hermano/a representan el 27,8%), 17.7% conocido no familiar y 25.8% eran desconocidos o no pudieron identificarlo.

“Consideraciones finales

Durante el periodo analizado, las consultas al Programa Las Víctimas Contra Las Violencias aumentaron un 15% respecto al mismo periodo del año anterior, y se incrementaron considerablemente las consultas realizadas por niñas, niños y adolescentes.¹ Además, al incorporarse la Línea de WhatsApp, ésta posibilitó un nuevo canal de acceso adaptado a niñas, niños y adolescentes². Las víctimas (tanto adultas como niñas, niños y adolescentes) siguen siendo las principales consultantes por violencia familiar, mientras que, en violencia sexual, son sus familiares.

Se observa que 5 de cada 10 víctimas registradas totales en el periodo fueron niñas, niños y adolescentes. Esto difiere según tipo de violencia: 45% en familiar y 58% sexual. La mayoría de las víctimas niñas, niños y adolescentes totales (6 de cada 10) siguen siendo de género femenino, y la diferencia según género se amplía a mayor edad.

En situaciones de violencia familiar, la cantidad de víctimas femeninas niñas, niños y adolescentes se mantiene constante en los diversos rangos etarios, mientras que, en situaciones de violencia sexual, se incrementa notoriamente a medida que aumenta el rango etario de las víctimas (se triplican de 6 a 11 años respecto de 0 a 5, y se duplican de 12 a 17 años respecto a 6 a 11).

En cuanto a los niños y adolescentes varones, en violencia familiar se mantienen constantes entre los 0 y 11 años, y disminuyen de 12 a 17. En violencia sexual, aumenta a la cantidad a medida que avanza la edad de las víctimas, pero el incremento es menos significativo que en las víctimas femeninas. En situaciones de violencia familiar se registraron seis víctimas niñas, niños y adolescentes transgénero, y en violencia sexual, una.

Con relación a los agresores, en situaciones de violencia familiar, 8 de cada 10 niñas, niños y adolescentes fueron agredidas/os por su padre o madre. Mientras que, en situaciones de violencia sexual, 7 de cada 10 fueron violentadas por alguien de su entorno cercano. Dentro de los agresores sexuales con vínculo familiar, 4 de cada 10 niñas, niños y adolescentes víctimas fueron agredidas por su padre o padrastro, y 3 de cada 10 por su tío, abuelo o hermano/a. Durante el 2020, el 50% las consultas respecto a violencia familiar y/o sexual que realizaron las niñas, niños y adolescentes fue mediante WhatsApp, y en 2021, hasta septiembre, el 72%.

El género de las niñas, niños y adolescentes consultantes es mayoritariamente femenino: en violencia familiar, el 78%, y en violencia sexual, el 84%. En violencia familiar, todas las niñas, niños y adolescentes consultantes eran las víctimas del caso, mientras que, en sexual, un 78%. El 75% de las consultantes niñas, niños o adolescentes por violencia familiar fueron violentadas por su padre y madre (38% y 37%, respectivamente).

Finalmente, tal como lo demuestran especialmente los datos de esta Serie, las TICs3 representan indudablemente herramientas eficientes a favor de las niñas, niños y adolescentes en situación de violencia familiar y/o sexual y su acceso al ejercicio de sus derechos. Asimismo, la evidencia advierte sobre la necesidad de que el Estado continúe visibilizando la problemática del abuso sexual y malos tratos contra niñas, niños y adolescentes y, fortaleciendo las acciones tendientes a la prevención, promoción y protección de sus derechos.” Wierbinsky, K. (2021), (p.20-21)

TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA

Diseño Metodológico de la Investigación

El Diseño del tipo de Investigación consiste en la estrategia empleada por el investigador para responder al problema planteado. En esta sección se define y justifica el Tipo de Investigación o Estrategia a emplear. De acuerdo con el diseño, esta investigación se desarrolló bajo la estructura de un Estudio de Casos. Este es un método que abarca una diversidad de fuentes y técnicas que permiten la recolección de información. Al respecto Cebreiro y otro (2004) lo abordan cuando afirman que:

Mediante este método, se recogen de forma descriptiva distintos tipos de informaciones cualitativas que no aparecen reflejadas en números si no en palabras. Lo esencial en esta metodología es poner de relieve incidentes claves, en términos descriptivos, mediante el uso de entrevistas, notas de campo, observaciones, vídeos, documentos, registros (p. 666).

Yacuzzi (2005), haciendo referencia al estudio de casos argumenta que:

“Todo buen diseño incorpora una teoría, que sirve como plano general de la investigación, de la búsqueda de datos y de su interpretación. A medida que el caso se desarrolla, emerge una teoría más madura, que se va cristalizando (aunque no necesariamente con perfección) hasta que el caso concluye” (p. 9)

“El caso permite indagar detalladamente en este mecanismo, con mayor profundidad que los estudios estadísticos. Su ámbito de aplicación está bien definido: estudia temas contemporáneos sobre los cuales el investigador no tiene control y responde a preguntas de tipo cómo y por qué”. (p 1)

Este estudio de casos según la finalidad será Intrínseco tal y como lo define Stake (2005), quien al respecto plantea que:

“Estudio de caso intrínseco: son casos con especificidades propias, que tienen un valor en sí mismos y pretenden alcanzar una mejor comprensión del caso concreto a estudiar. En este supuesto no se elige al caso porque sea representativo de otros casos, o porque ilustre un determinado problema o rasgo, sino porque el caso en sí es de interés” (p25).

Sobre este particular, fueron seleccionados 22 niños, niñas y adolescentes siendo el total de 673 pacientes de los cuales se seleccionaron al azar 22 de estos en el área de Salud Mental del “Hospital materno infantil de San Isidro”, durante el período comprendido entre marzo 2020 y febrero 2022.

Nivel de la Investigación

El nivel de la investigación está referido al grado de profundidad con el cual se aborda el estudio de un objeto o fenómeno. En tal sentido, esta investigación es descriptiva, pues como su nombre lo indica permite realizar un estudio descriptivo de los niños niñas y adolescentes que sufran maltrato infantil en periodo ya descrito.

Al respecto Arias (2008) establece que la Investigación Descriptiva, consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo, con el fin de establecer su estructura y comportamiento. Los datos luego de recogerlos y registrarlos son analizados, descritos e interpretados, con el propósito de abordar cada caso clínico en particular, objeto de estudio.

Variables

Las variables consideradas en el estudio fueron las siguientes:

- a.- Características medico clínicas de los pacientes atendidos en el “hospital materno infantil de San Isidro que han sufrido maltrato infantojuvenil de familiares directos
- b.- diagnóstico de casos de maltrato
- c.- Protocolo seguido en cada caso.
- d.- Violación de derechos del niño en contextos familiares.
- e. - Resguardo de derechos en el hospital en estudio al brindarle atención
- f.- Alternativas para viola
- g.- Resguardo de derechos del niño

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Dado que la investigación es un estudio de casos, pues los datos fueron recogidos directamente de la revisión de material bibliográfico, hemerográfico. Entre los que se destaca el fichaje, investigación y estudio de instrumentos clínicos variados tales como: entrevistas, exámenes clínicos, estudios de laboratorios, realizados a los pacientes en estudio en el Hospital “hospital materno infantil de San Isidro”. Todos esos instrumentos clínicos fueron recogidos en una ficha de registro médico clínico y en hojas o matrices de registro (Anexo 1), como instrumentos de recolección de datos. Esta hoja de Registro recopila los datos médicos de los pacientes que constituyen la muestra estudiada. Asimismo, fue realizada una entrevista al personal jerárquico Para su elaboración se consideraron, en primer lugar, los objetivos de la investigación y en segundo lugar las variables objeto de estudio. El personal jerárquico entrevistado estuvo conformado por: el Instructor de Residentes del HMISI de psiquiatría infanto-juvenil. 4 años ejerciendo el cargo. 10 años la profesión, la coordinadora del servicio de psiquiatría infanto juvenil de san isidro. 10 años ejerciendo el cargo, con 26 años ejerciendo la profesión, 10 años ejerciendo el cargo y el jefe del servicio de terapia. Instructor de residentes de pediatría. Director de postgrado de la UBA con 26 años ejerciendo la profesión.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Por ser un estudio de casos, los datos obtenidos de los instrumentos clínicos serán analizados, así como revisada la literatura médica sobre la patología en estudio y otros materiales consultados, fueron ordenados lógicamente, jerarquizados, esquematizados y desarrollados como trabajo investigativo sobre la base de la importancia de estas, así como también se considerará la incidencia y trascendencia médico legal de su estudio, en el “hospital materno infantil de San Isidro”

Población y Muestra

La población para este estudio es de 673 pacientes de los cuales se seleccionaron al azar 22 de estos en el área de Salud Mental del “Hospital materno infantil de San Isidro”, durante el período comprendido entre marzo 2020 y febrero 2022.

Criterios de Selección de la Muestra

Fueron seleccionados 22 pacientes en el hospital en estudio, bajo los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Atendidos en el hospital municipal materno infantil de san isidro entre marzo 2020 y febrero 2022
- Menores de 14 años
- Pertenecientes al municipio de San Isidro
- Haber sufrido algún tipo de maltrato infantil

Criterios de Exclusión

- Mayores de 14 años
- No pertenecer al municipio de San Isidro
- Encontrarse fuera del período anteriormente mencionado

Procedimiento para la recolección de la Información.

La información se recogió en fichas y en hoja de Registros Clínicos y se presenta como (Anexo 1) y se realizaron tres entrevistas: una al jefe de Terapia intensiva, el cual funge como instructor de residentes de Pediatría, con 26 años de servicio, una segunda entrevista fue realizada al instructor de residentes de clínica Pediátrica con 4 años de experiencia en ese cargo y un tercer y último cuestionario fue aplicado al coordinador del servicio de Psiquiatría Infanto juvenil de este centro asistencial con 26 años de servicio.

Procedimientos para la Presentación y Análisis de la Investigación.

Los datos producto del estudio fueron extraídos del registro clínico de pacientes objeto de la muestra (Anexo 1) y se presentan en 17 tablas y gráficos, siendo este objeto de posterior análisis absoluto y porcentual de sus resultados, abordándolos cualicuantitativamente y triangulando luego esos resultados con los datos proporcionados por la entrevista aplicada a 3 funcionarios superiores jerárquicos de ese centro asistencial en estudio. Posteriormente, a partir de esa triangulación de datos se derivaron conclusiones sobre la base de los objetivos y variables considerados en esta

investigación. Reforzados luego con fundamentos teóricos extraídos de las bases teóricas. De allí se derivan las conclusiones y recomendaciones de este TFI.

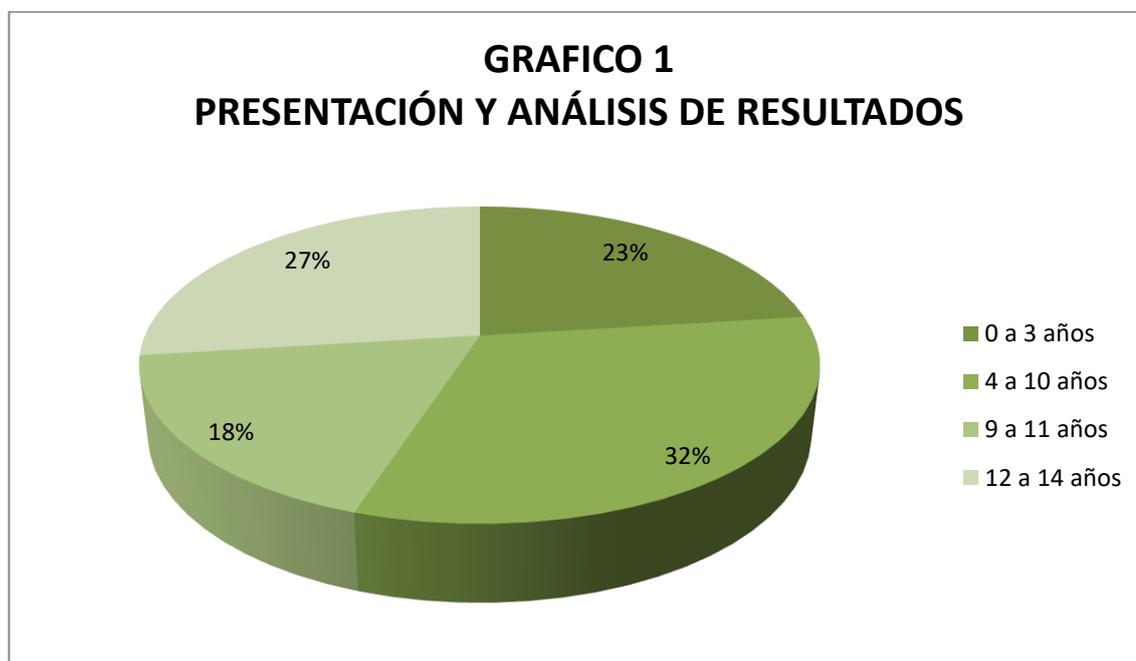
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO 1

EDAD DE LA MUESTRA

EDADES	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN %	PORCENTUAL
0 a 3 años	5	23	
4 a 10 años	7	32	
9 a 11 años	4	18	
12 a 14 años	6	27	
TOTALES	22	100	

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal



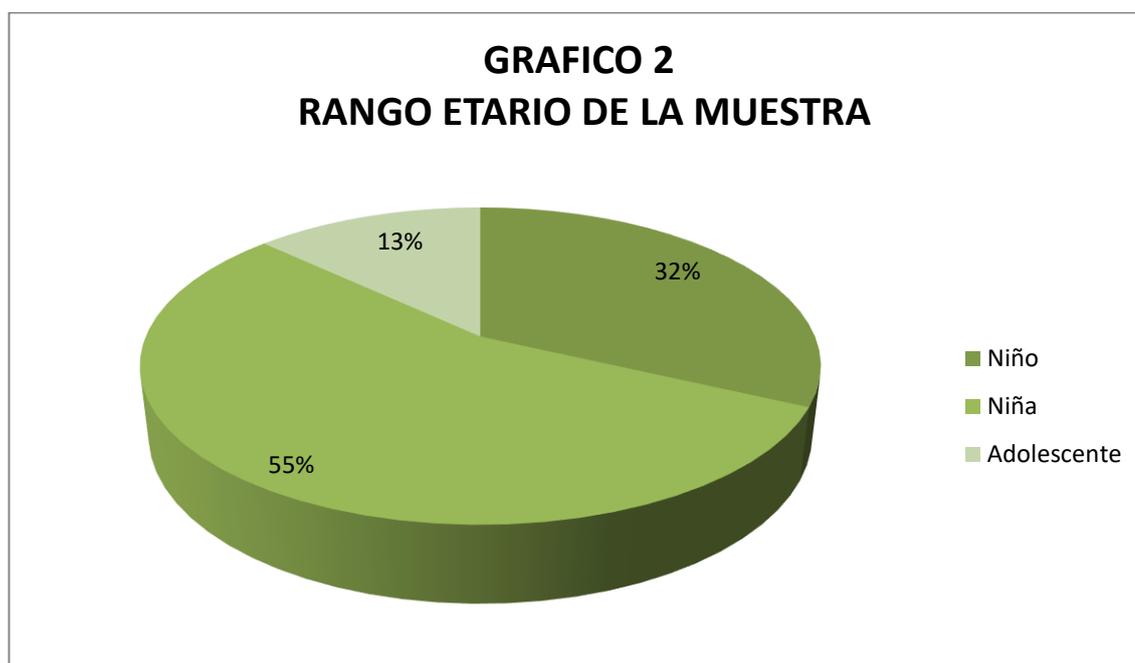
Se evidencia en el Cuadro y Gráfico 1 que las edades de los niños, niñas y adolescentes maltratados que acudieron al hospital en estudio cuyas edades se discriminan de la siguiente forma, entre 9 a 11 años registra el 18%, de 0 a 3 años el 23%, de 12 a 14 años el 27% y de 4 a 10 años el 32%.

Asimismo, al entrevistar al personal jerárquico del hospital en estudio argumentaron que diariamente acuden al centro niñas. Niños y adolescentes con signos y síntomas de haber sido víctimas de algún tipo de maltrato infanto juvenil, con edades comprendidas entre o hasta 14 años. Se concluye que el mayor porcentaje está centrado en las edades de 4 a 10 años.

CUADRO 2
RANGO ETARIO DE LA MUESTRA

RANGO ETARIO	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN %	PORCENTUAL
Niño	7	32	
Niña	12	55	
Adolescente	3	13	
TOTALES	22	100	

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.



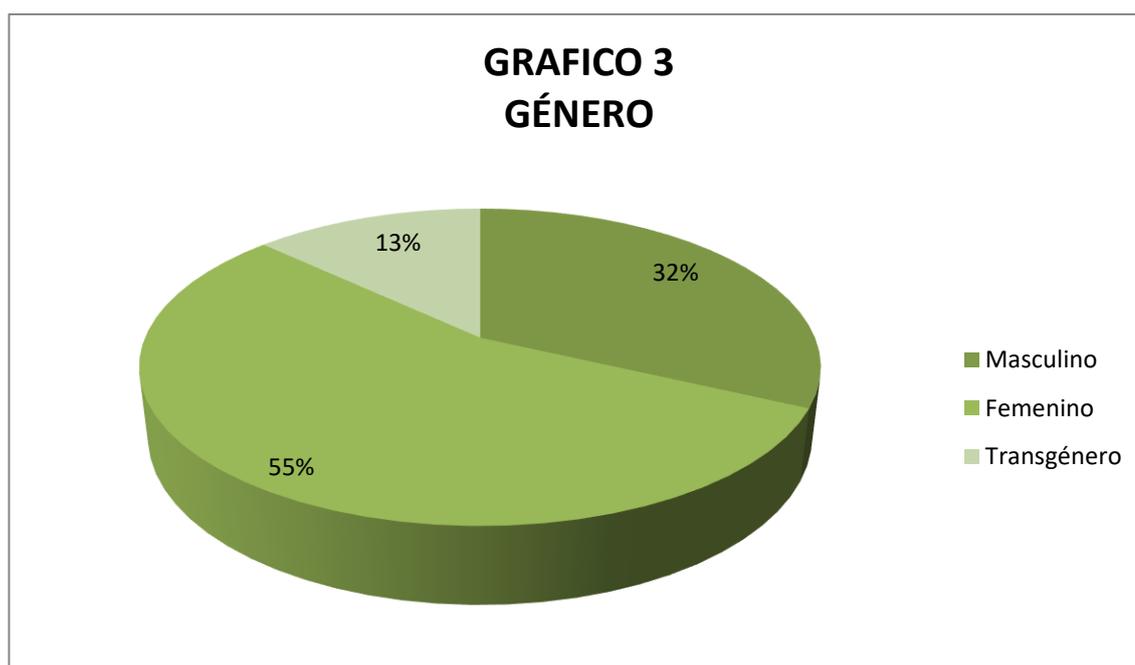
Los datos aportados en el Cuadro y Gráfico 2, demuestran que el Rango Etario de la muestra denota que el adolescente que han recibido algún tipo de maltrato de familiar directo que acuden al “hospital materno infantil de san isidro” ocupa el 13%, el niño el 32% y la niña el 55%. Estos datos reflejan que el mayor rango etario está

conformado por niñas maltratadas, lo cual coinciden con los porcentajes emitidos a nivel nacional, tal y como lo sostiene Wierbinsky, et al. (2021)

CUADRO 3
GÉNERO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN %	PORCENTUAL
Masculino	7	32	
Femenino	12	55	
Transgénero	3	13	
TOTALES	22	100	

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.

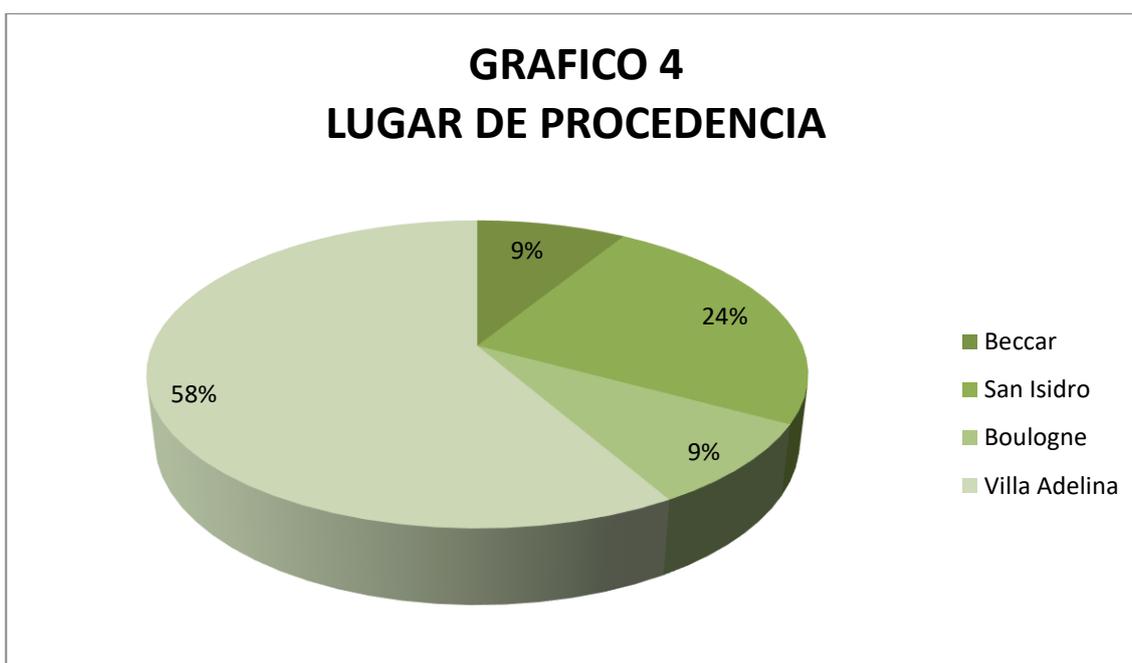


Muestra el Cuadro y Gráfico 3, que el 13% de los casos de niños, niñas y adolescentes maltratados que acuden a este centro asistencial son transgénero, un 32% son de género masculino y el 55% corresponde al género femenino. En efecto, el mayor porcentaje lo registra el género femenino, de igual forma estos porcentajes es el reflejo de las cifras indicadas a nivel Wierbinsky, et al. (2021)

CUADRO 4
LUGAR DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN %	PORCENTUAL
Beccar	4	18	
San Isidro	11	50	
Boulogne	4	18	
Villa Adelina	3	14	
TOTALES	22	100	

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal



El Cuadro y Gráfico 4 Indican que el lugar de procedencia de los casos de niños, niñas y adolescentes maltratados y que forman parte de esta muestra, atendidos en el hospital Materno Infantil de San isidro. Se observa que el 14% surgen de Villa Adelina, el 18% de Beccar y 18% de Boulogne y el 50% de San Isidro. Por consiguiente, se concluye que el mayor porcentaje de los niños maltratados provienen de San Isidro, sector adyacente a este centro hospitalario.

Al consultar a los superiores jerárquicos manifestaron que los niños atendidos en ese centro asistencial provienen de: barrios populares del municipio. Guardia

CUADRO 5
SIGNOS Y SÍNTOMAS

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.-Ansiedad e intento suicidio	1	4
b.- irritabilidad, enojos desmedidos, cond. heteroagresivas	1	4
c.- Ideas muerte, intento suicidio.	1	4
d.- Cond. disruptivas e irritabilidad	1	4
e. - Cond. Autoheteroagresivas, hipobulia, insomnio, alteraciones de sensopercepción	1	4
f.- Irritabilidad con o sin llanto	2	9
g.- Insomnio	1	4
h.- Excitación psicomotriz durante internación, eritema zona genital, cocaína positiva en orina	1	4
i.- conductas hipersexualizadas/desinhibidas	2	9
k.- hematomas	2	9
l.- Fractura parietal derecha y cuerpo extraño en tracto digestivo	1	4
m.- TEC con pérdida de conocimiento	1	4
n.- Lesiones Inter glúteas y perianales	1	4
o.- Relata abuso sexual con o sin sangrado vaginal	2	9
p.- Enuresis	1	4
q.- Amenorrea	1	4
r.- Hematomas	2	9
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro única de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal

GRAFICO 5 SIGNOS Y SÍNTOMAS



Se evidencia en este Cuadro y Gráfico 5, que el 9 % presentó en su ingreso conductas hipersexualizadas/desinhibidas, otro 9% hematomas, otro 9% eritemas, abuso sexual con o sin sangrado, irritabilidad con o sin llanto. mientras un 4% presentó ansiedad e intento suicidio, otro 4% fractura parietal derecha y cuerpo extraño en tracto digestivo, otro 4% tec con pérdida de conocimiento, otro 4% lesiones interglúteos y perianales, otro 4% enuresis, otro 4% amenorrea, otro 4% irritabilidad, enojos desmedidos, condiciones .heteroagresivas, 4% ideas de muerte, intento suicidio, otro 4% conductas disruptivas e irritabilidad, otro 4% conductas autoheteroagresivas, hipobulia, insomnio, alteraciones de sensopercepción.

Al triangular estos datos con los reportados en la entrevista de al personal jerárquico de esa dependencia, todos coincidieron en afirmar que son múltiples los signos y síntomas que presenta la muestra estudiada al ingresar al hospital y entre estos destacaron: irritabilidad. Desánimo, dificultad rendimiento escolar, dificultades en la conducta, desorganización de pautas diarias, retraimiento social, heteroagresividad, signos de daño físico y síntomas a largo plazo secuelas del trauma, falta de vacunación por carnet, maltratos físicos con hematomas en distintos estadios, fracturas, algunos pocos con marcas de cigarrillo. Los más graves sme. del bebe sacudido con hemorragias intracraneales

En conclusión, llama la atención la multi variedad de signos y síntomas que presentan los niños maltratados mostrados en el cuadro y gráfico 5. También llama la atención el hecho de que algunos no tuvieran ningún síntoma puntual sino más bien solo físico. Además, la cantidad de niños chicos que no puede contar lo que paso y sufren en silencio. La diversidad de los síntomas, sobre todo los relacionados con las conductas o el ánimo, hace pensar en cómo algunos procesan distinto lo sucedido

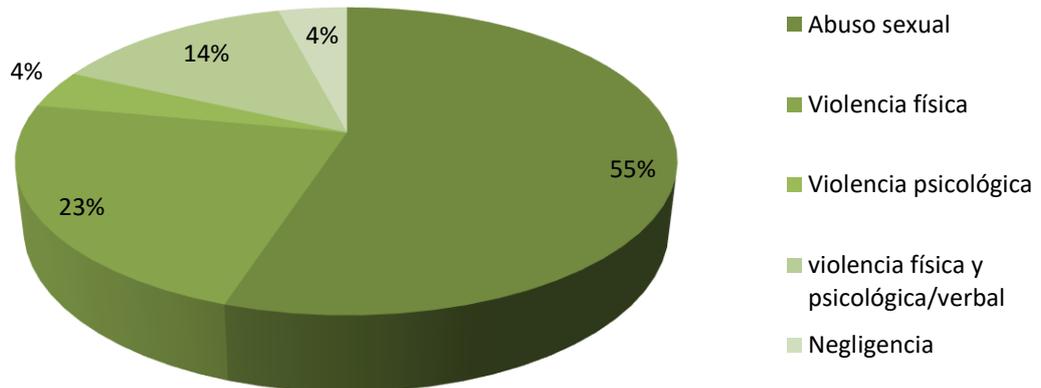
CUADRO 6

TIPO DE MALTRATO

MALTRATOS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- Abuso sexual	12	55
b.- Violencia física	5	23
c.- Violencia psicológica	1	4
d.- violencia física y psicológica/verbal	3	14
e.- negligencia	1	4
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.

**GRAFICO 6
TIPO DE MALTRATO**



Las observaciones registradas en el Cuadro y Gráfico 6, atienden al tipo de maltrato de los cuales son víctimas esta población tan vulnerable. La violencia psicológica y la negligencia ocupan el 4%, la violencia física y 4% psicológica/verbal, el 14% violencia física y psicológica verbal, el 23% violencia física y el abuso sexual el 55%. Se deduce que la mayor cantidad de casos en infantojuvenil corresponde al abuso sexual. Este resultado corrobora lo sustentado en la teoría, pues se asume que el contexto sociocultural de los padres es muy vulnerable, por ello desconocen los derechos de los niños, tampoco asisten a la escuela, viven en estado de pobreza. Su padre trabaja todo el día y su madre como es el caso de DX sufre de enfermedad psiquiátrica, le costaba hacerse cargo de sus hijos (3), no concurrían al colegio, pasaban días sin comer. El paciente es su hijo mayor que tuvo que hacerse cargo de sus hermanos siendo un adolescente y comenzó con ideas de muerte, irritabilidad e insomnio.

Sobre la base de lo anterior, se concluye que son muchos las víctimas de maltratos a los cuales están sometidos los niños niñas y adolescentes y más de la mitad de ellos producto de abuso sexual y otra cifra elevada víctimas de violencia física y otra no menos importante producto de violencia física, psicológica y verbal y una minoría de negligencia. Todos estos tipos de violencia cometidos por sus familiares directos, lo más crítico de ello, más de la mitad sufren la inclemencia de haber sido abusados sexualmente por sus familiares directos casi todos por sus propios padres. Es alarmante

la cantidad de casos de abuso sexual que hay, cometidos por familiares directos y la poca visibilidad que se le da, sobre todo por la edad de los pacientes y el contexto sociocultural de todos que es muy precario y vulnerable y tal vez desconocen también sus derechos y como realizar la denuncia. En relación con el caso de negligencia, lo que mostró también es la falta de conocimiento sobre la vulneración de los derechos de los niños pues es un país con un 50% de pobreza y con chicos que muchos no concurren al colegio y comen mal.

Triangulando estos resultados con los aportados por el personal jerárquico encuestado, encontramos que es muy común encontrar maltrato físico y emocional, así como también negligencia, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. violencia., maltrato infantil agravado x el vínculo directo entre las víctimas y sus victimarios, quienes lejos de cuidarlos y protegerlos los abusan sexualmente o le proporcionan otros tipos de maltratos como ya se evidenció, violándoles completamente sus derechos y garantías constitucionales.

Al revisar la teoría, en el capítulo de Violencia doméstica del manual de Pasquariello et al (2019) se establece que “entre las formas de violencia se encuentran: la agresividad: energía o disposición que se propaga al individuo para la lucha. En este sentido, tiene una connotación positiva. Ahora, si esa agresividad es sin razón y descontrolada, toma una connotación negativa. Así como también la hostilidad: conducta agresiva, en la cual la energía se transforma en acción contra alguien o algo para causar daño” (p15).

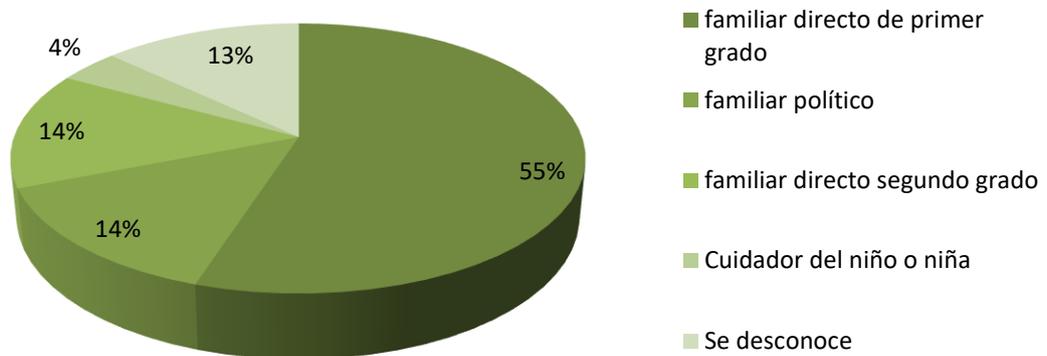
CUADRO 7

AUTOR DEL MALTRATO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- familiar directo de primer grado	12	55
b.- familiar político	3	14
c.- familiar directo segundo grado	3	14
d.- Cuidador del niño o niña	1	4
e.-Se desconoce	3	13
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.

**GRAFICO 7
AUTOR DEL MALTRATO**



El Cuadro y Gráfico 7, está relacionado con el autor del maltrato evidenciándose que por parte del cuidador del niño o niña un 4%, mientras de un 13% de ellos se desconoce su autoría, el 14% fue maltratado por un familiar político, otro 14% por familiar directo en segundo grado y otro el 55% con un familiar directo de primer grado. Al triangular estos resultados con los entrevistados, manifiestan que estos maltratos son propiciados por familiares directos: padre y madre en su mayoría, intrafamiliar. En general, negligencia y abuso sexual cuyo victimario es el padre y muchas madres en algunos casos también han sido abusadas. Padres, madres, parejas de los progenitores, en la gran mayoría adictos, cuyas víctimas dada esta realidad son provenientes de hogares disfuncionales

Este resultado permite concluir que el mayor porcentaje de los niños se quedan a cargo de un familiar directo de primer grado padre, madre, hermanos, quienes violan constantemente sus derechos y garantías dado su estado de indefensión y vulnerabilidad, ocasionándole maltrato infantojuvenil. Al revisar la teoría se encuentra que: Pascuariello et al (2019), define los que denomina Probables y se deducen de acuerdo con la conducta del paciente, está tipificado como Violencia doméstica (p. 61)

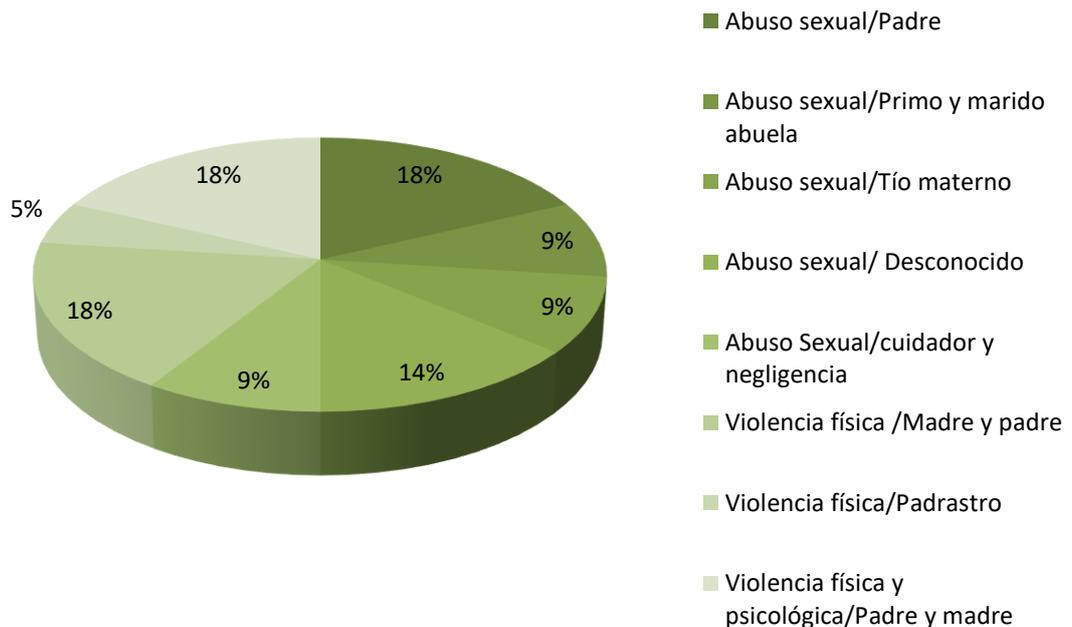
CUADRO 8

FAMILIAR DIRECTO QUE REALIZA EL MALTRATO A LA VÍCTIMA

MALTRATO/ VICTIMARIO	FRECUENCIA	DENOTACIÓN
	S	PORCENTUAL
		%
a.- Abuso sexual/Padre	4	18
b.- Abuso sexual/Primo y marido abuela	2	9
c.- Abuso sexual/Tío materno	2	9
d.- Abuso sexual/ Desconocido	3	14
he. - Abuso Sexual/cuidador y negligencia	2	9
f.-Violencia física /Madre y padre	4	18
g.- Violencia física/Padraastro	1	5
h.- Violencia física y psicológica/Padre y madre	4	18
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal

GRAFICO 8
FAMILIAR DIRECTO QUE REALIZA EL MALTRATO A LA VÍCTIMA



En el Cuadro y Gráfico 9 se puede constatar la alarmante realidad de estos niños niñas y adolescentes maltratadas por sus familiares directos. Constatando con preocupación como 12 integrantes de la muestra son abusadas sexualmente representando un total del 55 % del total en estudio. Estas son abusadas sexualmente por familiares directos, inclusive niñas de uno y de dos años de edad abusadas por sus propios padres, de las cuales un 18% sufrió abuso sexual del padre, un 9 % abusada por el primo mayor de edad o el marido de la abuela, el otro 9% abusada sexualmente por los tíos maternos, un 5% abusada por quien la cuidaba en ausencia de la madre y el padre y el 14 % abusadas sexualmente por desconocidos, se presume en dos de estos casos que son los mismos padres los autores de esta atrocidad. Mientras un 18% sufrió violencia física de su padre y madre y el otro 18% Violencia física y psicológica del padre y de la madre y por último un 5% de la muestra fue ingresada por violencia física por parte del padrastro. En conclusión se logró visualizar claramente en este cuadro y en correspondencia con la hoja de registro único de la muestra en estudio(Anexo 1) que siempre los maltratadores o victimarios son personas cercanas a los niños, niñas y adolescentes siendo el delito más cruel el presuntamente cometido por sus familiares directos de la mayoría de la muestra haciéndolas víctimas de abuso sexual, muchas de ellas niñas de uno, dos o seis años de edad, siendo sus mismos padres los presuntos autores, quienes lejos de cumplir con el sagrado deber de cuidarlas y protegerlas las abusan sexualmente convirtiéndolas en seres temerosos, ansiosos, deprimidos que en muchos casos llegan a intentar el suicidio por la carga psicológica que ello acarrea en su corta edad. Otro porcentaje no menos importante también son víctimas de violencia física y psicológica por parte de sus progenitores y de otros familiares directos. Al observar las bases teóricas encontramos que esta cifra vuelve a formar parte de las estadísticas obtenidas a nivel nacional donde se puede ver que el autor del maltrato siempre es conocido del niño. En este caso son familiares directos,

Al constatar estos resultados en las bases teóricas de esta investigación, con los de Programa “Las Víctimas Contra Las Violencias”, dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia a las Víctimas, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, el cual brinda en situaciones de emergencia y urgencia: contención, asesoramiento y asistencia a víctimas de violencia familiar y sexual. Específicamente, respecto a niñas, niños y adolescentes, aborda situaciones de grooming, abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, y explotación comercial y sexual de niñas, niños y

adolescentes, reporta cifras similares a nivel nacional. Al respecto argumenta que:” Del total de las víctimas de las consultas, el 72.88% fue por violencia familiar (45.27% NNA) y el 27.12% fue por violencia sexual (54.73% NNA). Cabe destacar los reportes de CABA y la Provincia de Buenos Aires representan el 63% de las consultas totales registradas.

También contiene dicho informe realizado por, Asimismo, el 53,8% de las víctimas fueron agredidas por su padre y el 29,8%, por su madre. El 90% de las víctimas de violencia familiar fueron violentadas por su padre, madre y/o padrastro

Dentro del abuso sexual, el 27.9% fue por abuso sexual sin acceso carnal, 20.5% fue por violación y el 29.4% corresponde a violencia sexual digital (grooming y pornografía).

Basándonos en las estadísticas de este informe, el lugar del hecho corresponde 36.2% en el hogar, siendo el agresor en un 81.1% de sexo masculino.

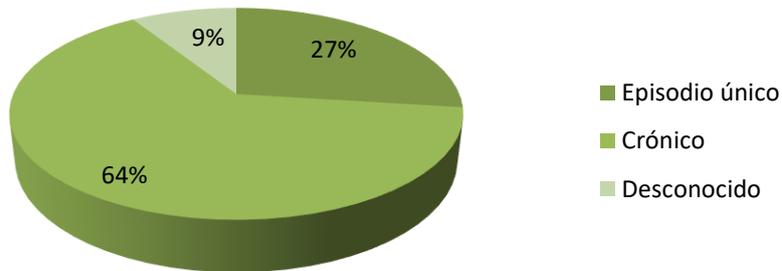
El 56.5% de los agresores corresponde a familiares (24% corresponde a padre; 20,4% a padrastro, tío, abuelo/a y hermano/a representan el 27,8% (Wierbinsky, (2021) (p. 3)

**CUADRO 9
ANTECEDENTES DE MALTRATO**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- Episodio único	6	27
b.-Crónico	14	64
g.- desconocido	2	9
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.

GRAFICO 9
ANTECEDENTES DE MALTRATO



Se observa en el Gráfico y Cuadro 9, los antecedentes de maltrato, un 9% considera que el maltrato es desconocido, un 27% es de episodio único y un 64% el maltrato es crónico. En este sentido, se concluye que el maltrato que sufren los niños de personas muy cercanas a ellos, principalmente cuyo victimario es familiar directo ha cometido el delito de manera crónica, es un abusador permanente y muchas veces continúan cohabitando con ellos.

Se concluye sobre este particular, que, si se conocen los casos de maltrato, pero es posible que el perpetrador del hecho intimide al niño y aún más si es un familiar directo de la víctima. En conclusión, es importante lo planteado por (Wierbinsky, (2021), (p. 2), se puede ver que, normalmente, los niños concurren a control o al colegio por lo que todo el personal en contacto con ellos está más cerca de realizar la evaluación y poder evaluar si sufren o no violencia. El análisis que realiza del programa Las Víctimas Contra Las Violencias, las denuncias recibidas entre los meses de octubre 2020 y septiembre 2021 fueron reportadas. No se trata de una muestra probabilística por lo cual no se pueden realizar generalizaciones poblacionales.” (p. 2) Durante ese periodo mencionado, se recibieron en total 15.118 consulta, que abarcaban un total de 20.520 de víctimas en las consultas, siendo 9.989 NNA (48.7%). Del total de las consultas, el 63.2% fue por violencia familiar y el 36.8% fue por violencia sexual. (Wierbinsky, 2021),

CUADRO 10
DISPOSITIVO DE ENTRADA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- Guardia	15	68
b.- derivado (colegio, servicios del hospital, servicio local)	6	27
c.- consultorios externos neurología	1	5
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal



Se refleja en el Cuadro y Gráfico 10, titulado dispositivo de entrada, que un 5% ingresa al hospital en estudio, por los consultorios externos neurología, un 27% derivado de colegio, de otros servicios del hospital, servicio local y un 68% a guardia. - Psicología y psiquiatría un 68% de guardia. Esta información aporta elementos que manifiesta que el mayor porcentaje ingresó por la guardia.

Al triangular estos resultados con las entrevistas realizadas a los superiores jerárquicos, manifestaron que estos casos de maltrato de acuerdo con su cuadro clínico eran atendidos por: Servicio social, psicólogos. Pediatría. Y otros servicios

Pediatra, psicología, psiquiatría en violación, gineco, servicio social, servicio local

Se concluye de lo anterior que el hospital objeto de estudio dispone de todo un protocolo para atender de primera mano los casos de maltrato infantojuvenil, presentando varios dispositivos de ingreso para ser atendido su caso con base a su cuadro clínico, garantizando con esto su derecho oportuno a la salud pública y gratuita. De igual forma, refiere que el 68% del dispositivo de entrada en los diferentes hospitales que atienden los casos de maltrato infanto juvenil se hace por guardia” Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires (2014) (p 2).

CUADRO 11
SERVICIOS DE INTERNACIÓN

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- Psicología y psiquiatría	2	9
b.- Psiquiatría y servicio social	2	9
c.-Psiquiatría	3	13
d.- pediatría y salud mental (psicología y/o psiquiatría)	3	13
e.- pediatría, salud mental (psicología y/o psiquiatría), servicio social	3	13
f.- Pediatría, servicio social, salud mental (psicología y/o psiquiatría) y otro servicio según signosintomatología.	5	23
g.- salud mental (psicología y/o psiquiatría) y servicio social	1	5
h.- pediatría, servicio social y otro servicio según signosintomatología	2	9
i.- pediatría, servicio social y otro servicio según signosintomatología	1	5
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal



Los datos aportados en el Cuadro y Gráfico 11, en torno a los servicios de internación en el hospital en estudio, reflejan que un 5% señalan, que ingresan a ser atendidos por salud mental (psicología y/o psiquiatría) y servicio social, un 5% pediatría, servicio social y otro servicio, según signosintomatología, un 9% psiquiatría y servicio social, un 9% pediatría, servicio social y otros servicios según signosintomatología, un 13% lo indican psiquiatría, pediatría y salud mental (psicología y/o psiquiatría), pediatría, salud mental (psicología y/o psiquiatría, servicio social, un 23% lo indica pediatría servicio social, salud mental (psicología y/o psiquiatría) y otro servicio según signosintomatología, es el porcentaje más alto de los datos registrados.

Se concluye que los pacientes con maltrato infantojuvenil luego de ingresar son atendidos por los diferentes servicios que conforman el hospital, lo atiende un equipo multidisciplinario sobre la base de su cuadro clínico que presente. Posteriormente cada profesional de la medicina que los atienden lleva seguimiento de su caso,

adicionalmente el servicio local y social le realizar su seguimiento e informan al tribunal de ser caso judicial con base al protocolo de atención seguido, identificado up supra.

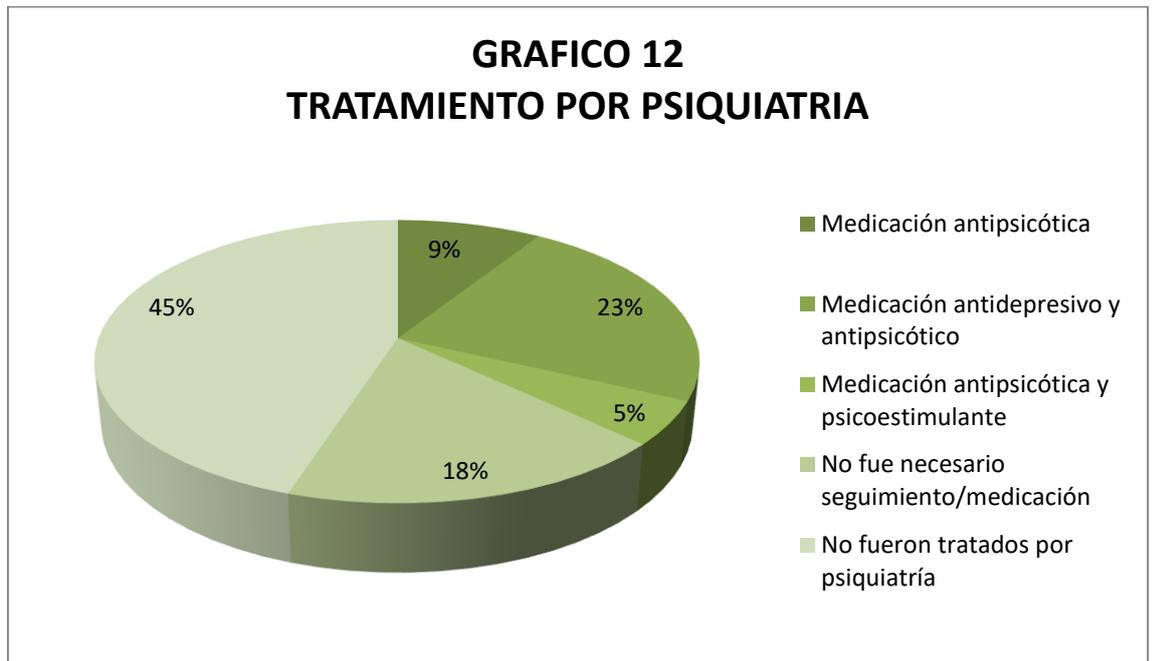
Al revisar las bases teóricas encontramos: que El Ministerio de Salud de Buenos Aires (2014) indica específicamente en el “protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil, que, para pesquisar el maltrato infantil, cualquiera sea el tipo es muy importante que se haga un trabajo interdisciplinario. Se requiere la participación de: psicológicos, asistentes sociales, médicos de distintas especialidades, servicio social y colegio” (p2)

CUADRO 12
TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA:

ALTER NATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- medicación antipsicótica	2	9
b.- Medicación antidepresivo y antipsicótico	5	23
c.- medicación antipsicótica y psicoestimulante	1	5
d.- no fue necesario seguimiento/medicación	4	18
he. - no fueron tratados por psiquiatría	10	45
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.

GRAFICO 12
TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA



Este Cuadro y Gráfico 12, hace referencia al tratamiento por psiquiatra. Bajo esta óptica un 5% recibe medicación antipsicótica y psicoestimulante, un 9% por medicación antipsicótica, un 18% no fue necesario seguimiento/medicación, un 23% por medicación antidepresiva y antipsicótico y un 45% no fueron tratados por psiquiatría.

Se concluye que estos datos evidencian que el mayor porcentaje de niños maltratados son tratados por psiquiatría, se evidencia cierta relación con los cuadros y gráficos 9 y 10, por cuanto en el 9 se constata el dispositivo de entrada al hospital por parte de los niños, niñas y adolescentes, el 10 recoge la medicación según cada caso en particular. Cabe destacar que la medicación elegida varía según el caso. Consideremos que en una la cantidad de fármacos aprobados no son demasiados porque no se hacen pruebas en este grupo etario, entonces hay pocos fármacos para elegir. La elección de los antipsicóticos atípicos es por conductas impulsivas, además de mejorar la irritabilidad y el insomnio por actuar sobre receptores sedativos. Asimismo, mejora la taquipsia que algunos pacientes refieren. en relación con los antidepresivos, se relacionó el uso al estado de ánimo y también a las ideas de muerte.

CUADRO 13

DENUNCIA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
Si	20	91
No	2	9
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal



El cuadro y gráfico 13 presenta las denuncias y un 9% de los registros dice que no lo hace, mientras que un 91% si lo hace ante organismos pertinentes. Esto indica que el mayor porcentaje lo ocupa el sí. Al triangular esta información con el relato de los entrevistados, uno de ellos manifiesta que denuncia quien primero escucho el relato o quien primero toma conocimiento de la situación. Puede ser escuela, hospital entre otras. También se denuncia cuando entra por guardia. La denuncia la realiza el servicio que atiende el paciente. El Pediatra avisa a comisaria correspondiente y luego servicio social se encarga del seguimiento.

Es pertinente citar que dos quienes no realizaron la denuncia, fue por miedo de las consecuencias por parte del autor del maltrato y porque el mismo es el sostén de la familia. Además, se considera que el hospital y los funcionarios relacionados a estos dos casos, tampoco obraron bien pues deberían haber hecho la denuncia. Acá se pone en juego también el dilema de que hacer, porque, por un lado, conviven con el ser que genera el maltrato y por otro lado si este no está, no tienen plata para comer.

Se infiere que el porcentaje no asiste a formular la denuncia por las consecuencias posteriores que puedan surgir. Cabe destacar que de acuerdo con despiastajes

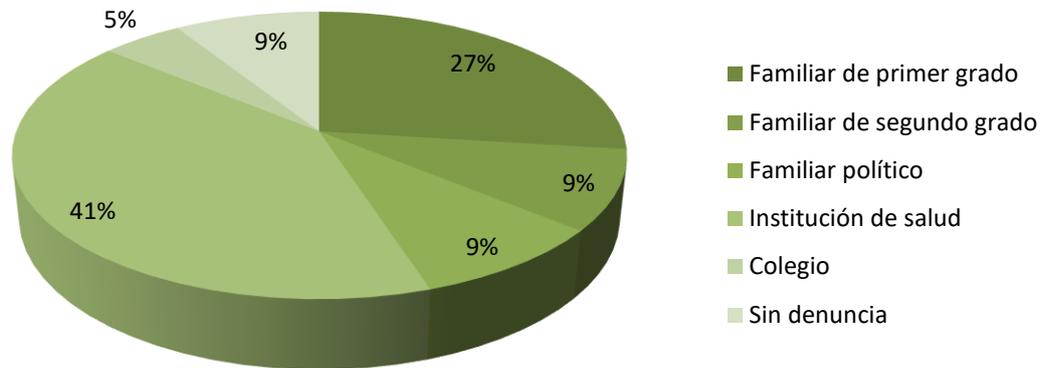
Al revisar la norma jurídica vigente refiere que la Denuncia está establecida en la Ley 24.417(, INFOLEG, 1994): Ley de protección contra la violencia familiar en su artículo 2°, la cual establece que el maltrato infantil particularmente es un delito de instancia publica, a diferencia de lo que ocurre con la violencia de género. Esto quiere decir que la denuncia puede ser realizada por cualquier persona saber: cualquier integrante de la familia, personal educativo, profesionales de la salud (justa causa), asistentes sociales, funcionarios públicos debido a su labor. Inclusive la puede denunciar los menores, en ese caso, necesitan un representante legal o dirigirse al ministerio público.

CUADRO 14
AUTOR DE LA DENUNCIA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- familiar de primer grado	6	27
b.-familiar de segundo grado	2	9
c.-familiar político	2	9
d.- institución de salud	9	41
e.- colegio	1	5
f.- sin denuncia	2	9
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.

GRAFICO 14
AUTOR DE LA DENUNCIA



De acuerdo con los datos suministrados en el Cuadro y Gráfico 14, referido al autor de la denuncia, el 5% afirma que es por parte del colegio, un 9% indica que es por parte de familiar de segundo grado, un 9% por familiar político, un 9% sin denuncia, un 27% de familiar de primer grado y el 41% dice ser por la institución de salud. Se concluye que el mayor porcentaje fue la alternativa institución de salud, por ser la vía más expedita para la atención.

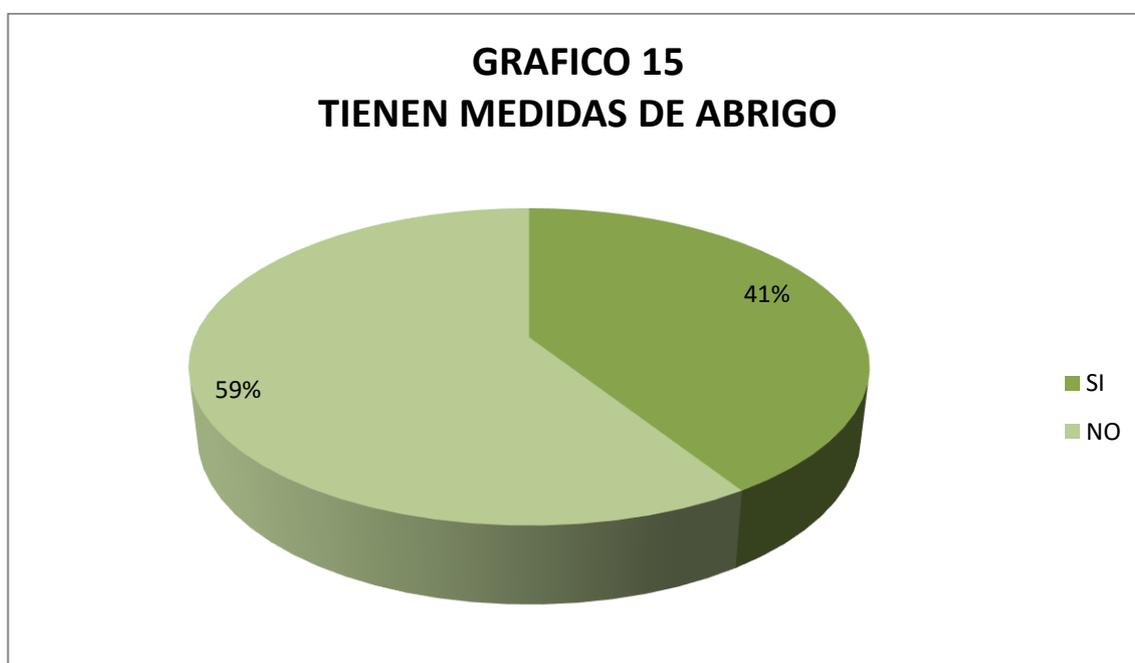
Cabe destacar que al observar la norma se constata en Ley de Protección de Violencia Familiar, en su artículo 2, que, “la denuncia puede ser realizada por cualquier persona a saber: cualquier integrante de la familia, personal educativo, profesionales de la salud (justa causa), asistentes sociales, funcionarios públicos debido a su labor. Inclusive la puede denunciar los menores, en ese caso, necesitan un representante legal o dirigirse al Ministerio Público”. El Ministerio de Justicia tiene un programa que reporta los denuncias que se hacen vía whatsapp y Wierbinsky, K. (2021)

CUADRO 15

TIENEN MEDIDAS DE ABRIGO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
Si	9	41
No	13	59
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.



El Cuadro y Gráfico 15 muestra que el 41% de la muestra que, si tienen medidas de abrigo, no obstante, el 59% afirma que no hay medidas de abrigo. Estas respuestas hacen inferir que el mayor porcentaje alude que no cuentan con dichas medidas.

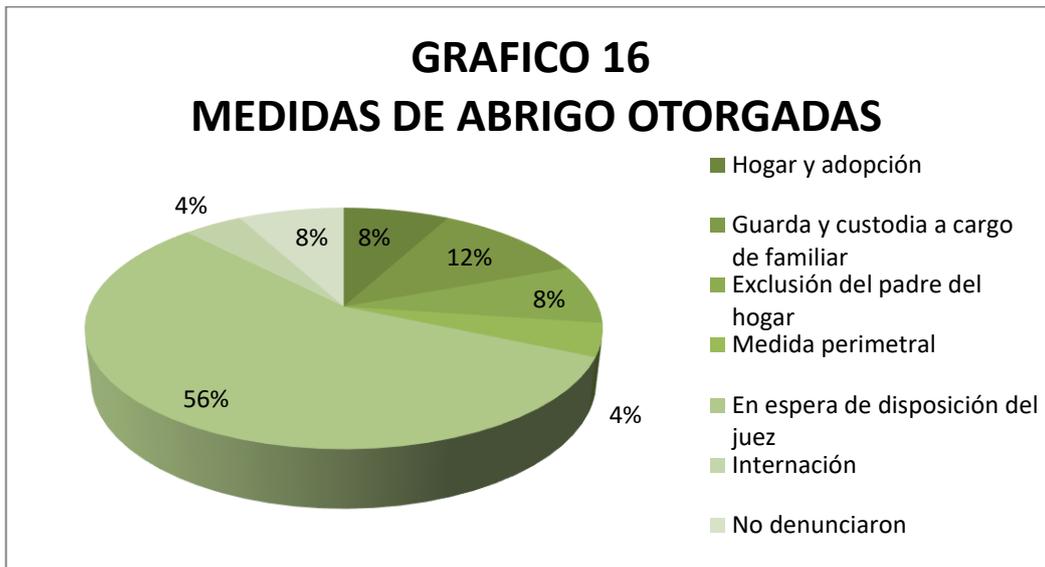
Sobre este particular al revisar los resultados de la entrevista, se evidencia que ellos manifestaron que Las medidas de abrigo van a depender del caso, Primero se toman medidas de protección integral. Si no son posibles se toman medidas de protección excepcionales: perimetral y detención. Por otro lado, se toma si convive con el maltratador, la víctima queda internada hasta saber qué pasa con el maltratador si es conviviente, si no lo es, se envía a domicilio con seguimiento por servicio local

Al respecto, la teoría sustentada en la investigación atiende como medidas de protección, todas aquellas que disponen los servicios locales de promoción y protección de derecho cuando se produce en perjuicio de uno o varios niños. Asimismo, estas medidas de protección integral de derechos se encuentran contenidas en la Ley 26061, Ley de protección integral de los derechos de los niños niñas y adolescentes, en los artículos 33, 34, 37, 39, 40, 41. INFOLEG (2005) en su artículo 33, define las medidas de protección integral de derechos como aquellas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza de violación de los derechos o garantías de una o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados con el objeto de preservarlos, restituirle o repararle sus consecuencias.

CUADRO 16
MEDIDAS DE ABRIGO OTORGADAS

MEDIDAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.-Hogar y adopción	2	9
b.-Guarda y custodia a cargo de familiar	3	13
c.- Exclusión del padre del hogar	2	9
d.- medida perimetral	1	5
e.-En espera de disposición del juez	11	64
f.- internación	1	5
g.- no denunciaron	2	9
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal



A la luz de los resultados el Cuadro y Gráfico 16, recopila las medidas de abrigo otorgadas por el juez competente, para ello un 5% cuenta con medida perimetral, un 5% internación, un 9% hogar y adopción y otro 9% exclusión del padre del hogar, un 9% no denunciaron, un 13% guarda y custodia a cargo de familiar y un 64% en espera de disposición del Juez.

Se concluye que los casos de maltrato infanto juvenil atendidos en este estudio cuentan con la protección de sus derechos por parte del Estado a través de sus respectivas instituciones y dependencias, pero llama poderosamente la atención el porcentaje tan alto de la muestra que aún con maltratos tan atroces como es el caso de abuso sexual y maltratos de toda índole cometidos por sus familiares directos, abordados en esta investigación aún se encuentre conviviendo con sus victimarios esperando por disposiciones del juez competente habiendo sido sus casos denunciados. Esto amerita mayor celeridad procesal por parte de la administración de justicia y en aras del resguardo de sus derechos y garantías constitucionales, en consideración al interés superior de niñas, niños y adolescentes, en correspondencia con la norma y los convenios y tratados internacionales que rigen la materia.

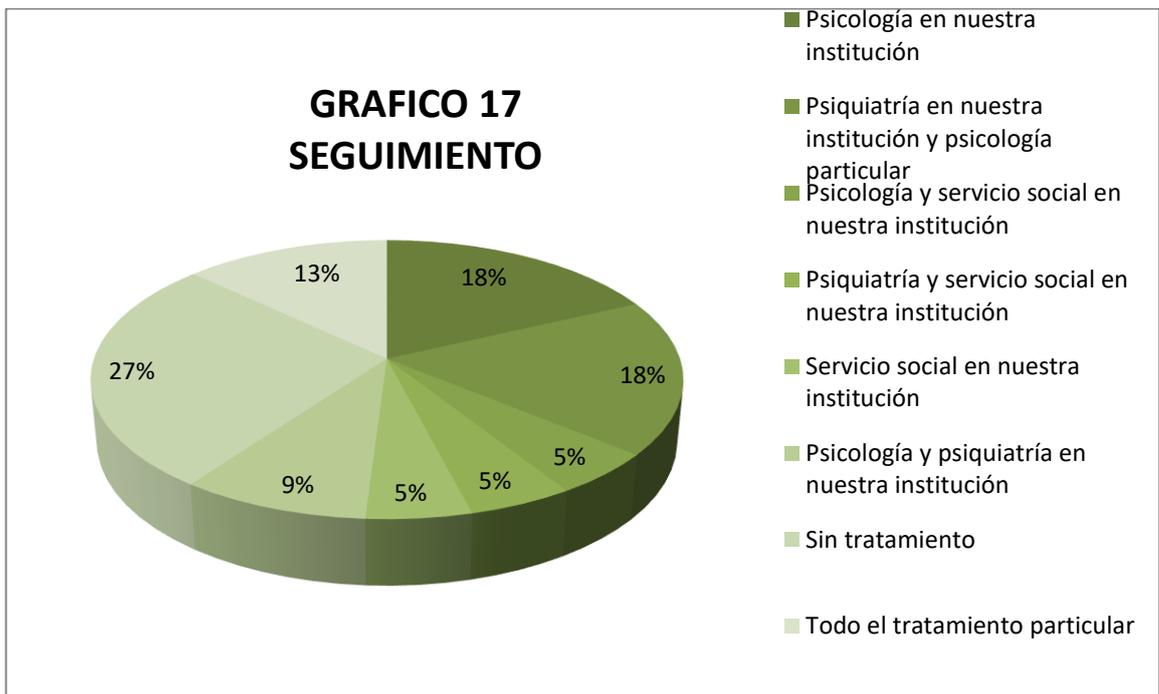
Al revisar la teoría, se encuentran medidas cautelares que puede dictar el Juez: “La Ley 24.417, en su artículo 4º, establece que, una vez realizada la denuncia, el juez podrá dictar medidas cautelares entre estas: exclusión del violento del hogar, restitución de la víctima al hogar en caso de que lo hubiese abandonado, prohibición del acceso a

los todos lugares que frecuente la víctima, alimentos, tenencia y comunicación y tiempo de duración de estas medidas cautelares” (INFOLEG, 1994).

CUADRO 17
SEGUIMIENTO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	DENOTACIÓN PORCENTUAL %
a.- psicología en nuestra institución	4	18
b.- psiquiatría en nuestra institución y psicología particular	4	18
c.- psicología y servicio social en nuestra institución	1	5
d.- psiquiatría y servicio social en nuestra institución	1	5
e.- servicio social en nuestra institución	1	5
f.- psicología y psiquiatría en nuestra institución	2	9
c.- sin tratamiento	6	27
d.- todo el tratamiento particular	3	13
TOTALES	22	100%

Fuente: Registro único de datos de la muestra. Oct 2022. Elaboración personal.



De acuerdo con los datos suministrados en el Cuadro y Gráfico 17 referido al seguimiento, un 5% expresa que se le hace por psicología y servicio social en nuestra institución, un 5% por psiquiatría y servicio social en nuestra institución y otro 5% por servicio social en nuestra institución. Un 9% en psicología y psiquiatría en nuestra institución. Un 13% todo tratamiento particular. Un 18% psicología en nuestra institución. Un 18% el conocimiento en psiquiatría en nuestra institución y psicología particular. Un 27% sin tratamiento.

Cabe destacar que los que no tienen tratamiento es una porque se fugaron de la internación y los otros 5 porque no requirió más controles fuera de los comunes que se tiene que hacer cada chico y cuando pasa a servicio local deja de seguirlo el servicio social por ello esos 5 por eso no tienen tratamiento. Al triangular los datos con los superiores jerárquicos entrevistados en torno a este tema argumentaron que los casos son seguidos por las diferentes instituciones, garantizándole con ello sus derechos en este centro asistencial, dando cumplimiento a la norma que rige la materia

En conclusión, los niños, niñas y adolescentes atendidos en este centro asistencial por maltrato infantojuvenil, tienen seguimiento permanente del hospital a través de los diferentes servicios hasta que excedan de 14 años que pasan a otra dependencia por ser este un hospital materno infantil.

De acuerdo con la teoría que sustenta esta investigación, La Ley 13298 titulada: Ley de promoción y protección integral de los derechos de los niños, artículos 19, 20, 32, 33, 34, sustenta las funciones de los servicios locales de protección de los derechos del niño tendrán las siguientes funciones: ejecutar los programas planes y servicios y toda otra acción que pretenda prevenir, asistir, proteger y/o establecer los derechos del niño. Recibir denuncias e intervenir de oficio ante el conocimiento de la posible existencia de la posible violación o amenaza en el ejercicio de los derechos del niño. Propiciar y ejecutar alternativas tendientes a evitar la separación del niño de su familia y/o guardadores y/o de quien tenga a su cargo su cuidado y atención (Ministerio Público. Prov.BA, 2005, artículo 19.

CONCLUSIONES

Culminada la investigación se deducen las siguientes conclusiones:

1.- Diariamente acuden al “Hospital Materno Infantil de San Isidro” niñas. Niños y adolescentes con signos y síntomas de haber sido víctimas de algún tipo de maltrato infanto juvenil, con edades comprendidas entre o hasta 14 años. El mayor porcentaje de la muestra estudiada estuvo centrado en niños, niñas y adolescentes con edades de 4 a 10 años y son provenientes de San Isidro e ingresan también de otros sectores adyacentes a este centro hospitalario. Asimismo, el mayor rango etario de la muestra estuvo conformado por niñas maltratadas, lo cual coinciden con los porcentajes emitidos a nivel nacional, tal y como lo sostiene Wierbinsky, et al. (2021)

2.- Llama la atención la multi variedad de signos y síntomas que presentan los niños maltratados. También llama la atención el hecho de que algunos no tuvieran ningún síntoma puntual sino más bien solo físico. Además, la cantidad de niños chicos que no puede contar que sufren en silencio. La diversidad de los síntomas, sobre todo los relacionados con las conductas o el ánimo, hace pensar en cómo algunos procesan distinto lo sucedido

3.- Son muchos las víctimas de maltratos a los cuales están sometidos los niños, niñas y adolescentes y más de la mitad de ellos producto de abuso sexual y otra cifra elevada víctimas de violencia física y otra, no menos importante, producto de violencia física, psicológica y verbal y una minoría de negligencia. Todos estos tipos de violencia cometidos por sus familiares directos, lo más crítico de ello, más de la mitad sufren la inclemencia de haber sido abusados sexualmente por sus familiares directos casi todos por sus propios padres.

4.- Es importante resaltar que lo que arrojo nuestra investigación es coincidente y se puede extrapolar a nivel nacional, sobre la base de los datos e investigaciones presentadas en el presente estudio.

5.- Es alarmante la cantidad de casos de abuso sexual que hay, cometidos por familiares directos y la poca visibilidad que se le da, sobre todo por la edad de los pacientes y el contexto sociocultural de todos que es muy precario y vulnerable y tal vez desconocen también sus derechos y como realizar la denuncia. En relación con el caso de negligencia, lo que mostró también es la falta de conocimiento sobre la vulneración

de los derechos de los niños pues es un país con un 50% de pobreza y con chicos que muchos no concurren al colegio y comen mal.

6.- Se logró visualizar claramente en esta investigación que siempre los maltratadores o victimarios son personas cercanas a los niños, niñas y adolescentes siendo el delito más cruel el presuntamente cometido por sus familiares directos de la mayoría de la muestra haciéndolas víctimas de abuso sexual, muchas de ellas niñas de uno, dos o seis años de edad, siendo sus mismos padres los presuntos autores, quienes lejos de cumplir con el sagrado deber de cuidarlas y protegerlas las abusan sexualmente convirtiéndolas en seres temerosos, ansiosos, deprimidos que en muchos casos llegan a intentar el suicidio por la carga psicológica que ello acarrea en su corta edad. Otro porcentaje no menos importante también son víctimas de violencia física y psicológica por parte de sus progenitores y de otros familiares directos. Al observar las bases teóricas, encontramos que esta cifra vuelve a formar parte de las estadísticas obtenidas a nivel nacional donde se puede ver que el autor del maltrato siempre es conocido del niño. En este caso son familiares directos. Se conocen los casos de maltrato, pero es posible que el perpetrador del hecho intimide al niño para que no lo manifieste valiéndose de ser un familiar directo de la víctima.

8.- El maltrato que sufren los niños de personas muy cercanas a ellos, principalmente cuyo victimario es familiar directo ha cometido el delito de manera crónica, es un abusador permanente y muchas veces continúan cohabitando con ellos.

9.- El hospital objeto de estudio dispone de todo un protocolo para atender de primera mano los casos de maltrato infantojuvenil, presentando varios dispositivos de ingreso para ser atendido su caso con base a su cuadro clínico, garantizando con esto su derecho oportuno a la salud pública y gratuita

10.- Los pacientes con maltrato infanto juvenil luego de ingresar al centro asistencial en estudio, son atendidos por los diferentes servicios que conforman el hospital los cuales son atendidos por un equipo multidisciplinario conforme al cuadro clínico presentado. Posteriormente cada profesional de la medicina que los atienden lleva seguimiento de su caso,

11.- Los pacientes con maltrato infantojuvenil luego de ingresar son atendidos por los diferentes servicios que conforman el hospital, lo atiende un equipo multidisciplinario sobre la base de su cuadro clínico que presente. Posteriormente cada

profesional de la medicina que los atienden lleva seguimiento de su caso, adicionalmente el servicio local y social le realizar su seguimiento e informan al tribunal de ser caso judicial con base al protocolo de atención seguido,

12.- Dos de quienes no realizaron la denuncia, fue por miedo de las consecuencias por parte del autor del maltrato y porque el mismo es el sostén de la familia. Además, se considera que el hospital y los funcionarios relacionados a estos dos casos, tampoco obraron bien pues deberían haber hecho la denuncia. Sin embargo, en esta investigación el mayor porcentaje fue de denuncias fue realizada por esta institución de salud, por ser la vía más expedita para la atención.

13.- Los casos de maltrato infantojuvenil atendidos en este estudio cuentan con la protección de sus derechos por parte del Estado a través de sus respectivas instituciones y dependencias, pero llama poderosamente la atención el porcentaje tan alto de la muestra que aún con maltratos tan atroces como es el caso de abuso sexual y maltratos de toda índole cometidos por sus familiares directos, abordados en esta investigación aún se encuentre conviviendo con sus victimarios esperando por disposiciones del juez competente habiendo sido sus casos denunciados. Esto amerita mayor celeridad procesal por parte de la administración de justicia y en aras del resguardo de sus derechos y garantías constitucionales, en consideración al interés superior de niñas, niños y adolescentes, en correspondencia con la norma y los convenios y tratados internacionales que rigen la materia.

14.- Los niños, niñas y adolescentes atendidos en este centro asistencial por maltrato infantojuvenil, tienen seguimiento permanente del hospital a través de los diferentes servicios hasta que excedan de 14 años que pasan a otra dependencia por ser este un hospital materno infantil.

RECOMENDACIONES

Después de concluir esta investigación se recomienda lo siguiente en aras de fortalecer los derechos y garantías de los derechos de niñas, niños y adolescentes maltratados por sus familiares directos:

1.- Es necesario el trabajo comunitario, la disposición de información, trabajar mancomunadamente y sostener que el cuidado de los niños, niñas y adolescentes es en comunidad, De manera tal que todos intervengan y participen colaborativamente en el tema, constante y sistemática.

2.- Fortalecer el seguimiento de cada uno de los casos, de manera más sistemática y controlada, en procura del resguardo de los derechos y garantías de las víctimas vulnerables de este flagelo y visibilizar casos y los logros

3.- Actualizar protocolos de actuación frente a esta problemática, para poder ayudar más al niño, tal vez no sólo en base a la signos y sintomatología, sino también a modo contención, pues hay casos en los que no intervino salud mental, y se conocen las consecuencias psicológicas del paciente víctima de maltrato.

4.- Como se constata en el Registro único de pacientes objeto de la muestra (Anexo 1) el personal de salud en muchos casos no hizo la denuncia sino, que se incentivó a la familia a que lo hiciera, se considera que al tomar conocimiento del caso de maltrato el personal de salud está en la obligación de formular y sustentar la denuncia ante el Ministerio Público (Fiscalías respectivas)

5.- Hay que fortalecer el sistema, trabajando por la prevención y con ello más información y educación comunitaria escolar, además asumir la formación de profesionales competentes en el tema y orientaciones medicolegales, actualizados permanentemente

6.-A manera de pesquisa, control y seguimiento de este terrible flagelo, se pueden implementar visitas in situ al objeto de detectar y proceder en consecuencia, como se hizo con” el camino de la embarazada”, programa llevado a cabo, donde se detectaron muchísimos embarazos sin control bajando en consecuencia la mortalidad infantil, para ello se tendría que crear un programa y elevarlo ante las instancias respectivas para buscar su aplicabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, Carmen y Maroto, José Luis (2012) La elección del Estudio de casos en investigación. Gaceta de Antropología 2012, 28 art. 14 (Revista) Disponible en:

https://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.pdf

Arias F. G (2008). El Proyecto de Investigación. Editorial Episteme 4ta Edición. Caracas.

Basile, Alejandro (2015) Fundamentos de medicina legal, deontología y bioética. Grupo ILHSA S.A. Editorial Ateneo, 2015. Buenos Aires, Argentina.

Belfer ML, Song S (2018). La Convención Sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Implicaciones para la práctica clínica, política e investigación (Soutullo C, Irrázaval M, eds. Mena A, Hernández-González C, Candelas-Muñoz A, Dorado MA, trad.). En Rey JM (Ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines

<https://iacapap.org/Resources/Persistent/8946b0c86fad9644d71fefa40e19be36404219c5/J.7-UN-Convention-SPANISH-2017.pdf>

Fernández, A., Vizzotti, C., Tirado, S., Isla, V (2021) Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. 4ta Ed. 2021. Buenos Aires, Argentina

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

García Martín, R., Morentin, B (2020). Valoración forense integral del maltrato infantil. Revista Española de Medicina Legal. Volumen 46, Issue 1, January–March 2020, Pages 28-40 Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473219300483?via%3Dihub>

Hurtado J. (2005). Metodología de la Investigación Holística. Editorial SYPAL. Segunda Edición

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

INFOLEG. (1990). Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 23.849: Apruébese la convención de los Derechos del Niño.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

INFOLEG. (1994). Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 24.417: ley contra de protección contra la violencia familiar.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>

INFOLEG. (1999). Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley: 25.087: Delitos contra la integridad sexual. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/57556/norma.htm>

INFOLEG. (2005). Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26.061: Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

INFOLEG. (2007). Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26.316: día nacional de la prevención del abuso contra los niños, niñas y adolescentes.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/135000-139999/135644/norma.htm>

Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. 2020.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Lachica, E. (2010) Síndrome del niño maltratado: aspectos medicolegales. Cuad. med. forense vol.16 no.1-2 Málaga ene./jun. 2010. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007

Ministerio público de Buenos Aires. (2000). Ley 12569 ley de la promoción y protección integral contra la violencia familiar. Disponible en:

https://www.mpba.gov.ar/files/documents/LEY_12569_-_Violencia_familiar.pdf

Ministerio público de Buenos Aires. (2005). Decreto Reglamentario 300/05. Ley 13298: ley de la promoción y protección integral de los derechos de los niños. Disponible en:

https://www.mpba.gov.ar/files/documents/ley_13298-05.pdf

Pasquariello, Adriana, Casas Parera, Ignacio, Covelli, José Luis (2019). Manual de Medicina Legal y deontología. 2da. Edición. CABA: grupo guía, 272 p.

Subsecretaria de coordinación y atención de la salud (2014). Área de políticas de género. Programa provincial de prevención y atención de la violencia familiar y de género. (2014). PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL SISTEMA DE SALUD. Disponible en:

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Protocolo-para-la-Deteccion-e-Intervenci%C3%B3n-en-Situaciones-de-Maltrato-Infantil-desde-el-Sistema-de-Salud.pdf>

Stake, Robert E. (2007) Investigación con estudio de casos. Editorial Morata, Segunda edición Madrid. Disponible en:

<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>

Tan Susan MK, Kamal Nor N, Loh SF, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF (2016) Maltrato y exposición precoz a la violencia (Edited by Daniel Martínez-Uribe). In Rey JM (Ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions

<https://iacapap.org/Resources/Persistent/69b51670ecc633d11a02c937be68b17e8a-ae64a/B.1-CHILD-MALTREATMENT-Espa%C3%B1ol-2016.pdf>

Van der Sloot E y Vermeiren R (2018) Psiquiatría forense del niño y del adolescente (Irrázaval M, Martín A, ed. Prieto-Tagle F, Pérez A. trad.). En Rey JM (Ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines

<https://iacapap.org/Resources/Persistent/f1663271afa11e656a9ece7a3700d654a8cbf19c/J.3.-Forense-Spanish-2018.pdf>

Wierbinsky, K. (2021), Sanchez Nieto, A., FOURCADE, H., LAMFIR, M (. Un análisis de los datos del Programa “Las Víctimas contra las Violencias” 2020-2021. Dirección Editorial: Dra. Eva Giberti, Coordinadora del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias Dr. Víctor Hugo Oyarzo, Subsecretario de Acceso a la Justicia, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Dra. Azul Romero Beery, directora nacional de Asistencia a las Víctimas, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Sabrina Viola, Especialista en Protección a. i., UNICEF Argentina. Noviembre 2021. Disponible en:

<https://www.unicef.org/argentina/media/12506/file/Factsheet%20Nro.9%20-%20Serie%20Violencia%20contra%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes.pdf>

Yacuzzi Enrique (2005) El Estudio de casos como metodología de Investigación. Universidad de CEMA. España. Disponible en:

<https://ucema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>

ANEXO 1

REGISTRO ÚNICO DE DATOS DE PACIENTES TOMADOS COMO MUESTRA

PACIENTE	EDAD	RANGO ETARIO	GÉNERO	PROCEDENCIA	SEÑALES Y SÍNTOMAS	TIPO DE MALTRATO	AUTORES DEL MALTRATO	ANTECEDENTE DEL MALTRATO	DISPOSITIVO DE ENTRADA	SERVICIOS QUE INTERVIENEN	TRATAMIENTO	DEJENCIA	QUEJEN DENUNCIADA	MEDIDA DE ABRIGO	SEGUIMIENTO
LL	13	Adolescente	T	Beccar	ansiedad, intento de suicidio	abuso sexual	Primo mayor de edad	Episodio unico	guardia por intento de suicidio	psiquiatría y psiquiatría	Psiquiatría; consultas semanales y medicación: antidepresivos y antipsicótico	si	madre y paciente	no	Psicología particular con quien concuerda precisamente. Continúa en seguimiento por psiquiatría
SM	8	Niño	M	San Isidro	irritabilidad, enfos desmedidos, conductas heterogreas	violencia física	Madre	Crónico. No varió en el tiempo	derivado del servicio local	psiquiatría	Controles semanales y medicación antipsicótica	si	hospital anterior donde la madre estuvo internada por intento de suicidio	si - hogar y adopción	Psicología particular luego de la adopción. Continúa en seguimiento por psiquiatría
MR	14	Adolescente	F	San Isidro	ideas de muerte e intento de suicidio	violencia psicológica	Padre	Crónica. No varió con el tiempo	guardia por intento de suicidio	psiquiatría y psicología	Controlar semanales al inicio del tratamiento. Actualmente 2 controles por mes. Medicación antidepresivos y antipsicótico	no	no	no	Psicología particular y seguimiento por psiquiatría en nuestra institución
BB	9	Niña	F	Boulogne	irritabilidad, enfos desmedidos, conductas heterogreas	violencia psicológica y física	Madre y padre	Crónico. Comenzó siendo violencia psicológica y luego comenzó la violencia física	colegio solicita admisión	psiquiatría	Psiquiatría; controles y medicación con antipsicóticos y antidepresivo	si	abuela	guarda a cargo de la abuela	Psiquiatría continúa en nuestra institución. A la espera de psicología
JE	6	Niño	M	San Isidro	conducta disruptivas e irritable	violencia física	Padre	Crónico. No varió con el tiempo	neurologa solicita admisión	psiquiatría y servicio social	Psiquiatría; medicación (risperidona y metilfenidato (paciente con de tdah); servicio social: evaluaciones mensuales	no	no, se está trabajando con la madre para que la misma realice la denuncia	no	Continúa en seguimiento por psiquiatría y servicio social
CC	12	Niña	F	San Isidro	conductas auto y heterogreas, hipobulia, insomnio, alteraciones de la sensibilidad	abuso sexual	Padastro	Único episodio	derivada del servicio local	psiquiatría	Medicación: antipsicótico	si	madre y paciente	no	Continúa en seguimiento por psiquiatría. Psicología de manera particular.
TC	11	Niño	M	Beccar	irritabilidad, insomnio, ideas de muerte	negligencia familiar	Madre y padre	Crónico. No varió en el tiempo	derivado del servicio local	psiquiatría, psicología y servicio social	Medicación: antipsicótico y antidepresivo. Psicología particular. Servicio social con entrevistas a cargo de tres hijos realizas psicología y psiquiatría en nuestra institución	si	colegio	no pero se esta evaluando	Continúa tratamiento por psiquiatría y psicólogos
AC	6	Niño	M	Villa Adelina	irritabilidad	abuso sexuales	Cuidadores cuando padre y madre no podían cuidarlo	Repetido en varias oportunidades cuando quedaban a cargo de los cuidadores por trabajo de los padres	traido por la ta a la guardia porque el paciente refirió abuso	internación y psiquiatría	internación para evaluación de lesiones y descartar infecciones. Psiquiatría realizado interconsulta pero no inicio plan farmacológico	si	nuestra institución	si, exclusión del paciente del hogar. Va a vivir con la tía	Realiza psicología particular.
MT	12	Niña	F	San Isidro	insomnio	abuso sexual	Tío materno	En	traida a la guardia por padastro	internación, servicio social, psicología, neurología, psiquiatría y ginecología.	Se descartaron infecciones, se curaron lesiones y se dio el alta. Psiquiatría participó sólo en el momento de la excitación. Se realizó contención verbal y medicación en dosis bajas. Servicio social evoluciona en varias oportunidades a la madre y ayuda con la denuncia	si	padastro y hermana	no	No continúa seguimiento en nuestra institución
TM	3	Niña	F	Villa Adelina	excitación psicomotriz durante interacción, eritema en zona genital, coxina positiva en orina	abuso sexual	Padre	Única vez según los dichos de la niña	traida a la guardia por madre	internación, salud mental, servicio social	Se descartaron infecciones, se curaron lesiones y se dio el alta. Psiquiatría participó sólo en el momento de la excitación. Se realizó contención verbal y medicación en dosis bajas. Servicio social evoluciona en varias oportunidades a la madre y ayuda con la denuncia	si	madre (aconsejada por hospital)	si, se excluyó al padre del hogar	No continúa ningún tratamiento en la institución al momento
GC	6	Niña	F	Boulogne	conductas hipersexualizadas	abuso sexual	Padre	Por el relato, pareciera crónico pero se desconoce	traida a la guardia por su madre	salud mental y pediatría	Pediatría descartó infecciones y lesiones. Psicología y psiquiatría interconsulta. No se inició plan farmacológico	si	Nuestra institución	no	Continúa en seguimiento por psicólogos
JC	3	Niña	F	Boulogne	Conductas desinhibidas (hermana de GC)	Abuso sexual	Padre	No se puede entraristar mucho a la paciente por la edad. Se utiliza el relato de la hermana (GC) para historiar un poco mas	Traida a la guardia por su madre	Salud mental y pediatría.	Psicología y psiquiatría evaluaron. No se inició plan farmacológico (mismo protocolo que la hermana)	si	Nuestra institución	No	No continúa con ningún seguimiento en particular
MP	9	Niño	M	Beccar	hematomas de diferente evolución en distintas partes del cuerpo	violencia física	Madre	Crónico	derivado por el colegio	pediatría, servicio social	Se evaluaron lesiones previas y amigas. Fracturas de distinto tiempo de evolución	si	nuestra institución	no	Seguimiento por servicio social
AM	85	Niño	M	San Isidro	Fractura parietal derecha y cuerpo extraño en tracto digestivo	Violencia física	Padastro	Crónico	Traido a la guardia por la abuela	Pediatría, neurología, oftalmología y gastroenterología. Servicio social.	Se evidenció fractura en calce por lo que se pidió interconsulta con neurología, oftalmología para descartar lesión ocular y gastroenterología por la presencia de cuerpo extraño. No se tomo ninguna medida quirúrgica. Controlele periodicos en ese momento	si	Abuela	si - le dieron medida de abigo con la abuela materna	Sin ningún seguimiento en particular
TC	14	Adolescente	F	Beccar	Tec con perdida de conocimiento	Violencia física y psicológica	Padre	Crónica. Padre con antecedentes de consumo de sustancias (alcohol y cocaína) no realiza tratamiento	Traida a la guardia por la madre	Pediatría, traumatología, psicología y servicio social	Se evidenció eliminación de la aglutina visual por los ojos cuando el paciente fue traído en un estado caído, dolor en tórax, miembros superiores e inferiores. Traumatología descartó fracturas. Lesiones confusas. Control evaluó únicamente. Servicio social mantiene entrevistas constantes con la madre.	si	Madre	Medida perimetral	Continúa en tratamiento por psicología.
NB	4	Niña	F	San Isidro	irritabilidad y llanto	Violencia física	Padre	Crónica	Traida a la guardia por el padre	Pediatría, servicio social, traumatología y psicología.	Ingresó por guardia pediatría donde se evidencia impotencia funcional de miembro superior derecho. Traumatología evidencia fractura de humero derecho por lo que indica cabestrillo y aines. Psicología brinda tratamiento. Servicio social realiza la denuncia pertinente	si	Nuestra institución	No	Se brinda alta con la madre. Control con traumatología y pediatría. Evaluaciones semanales con servicio social. Psicología brinda tratamiento semanal a la niña
LC	2	Niña	F	Escobar	Lesiones intergúlebas y penitales que 15 días de exposición según referido por la madre	Abuso sexual	Se desconoce. Se sospecha del padre	Crónico	Traida a la guardia por madre por mala evolución de las lesiones	Pediatría, dermatología, ginecología, psicología y servicio social.	Se interna a la paciente por abuso sexual + tóxicos (cocaína) en orina positivo. Positivo para sífilis. Se inicia tratamiento. Gimen permeable.	si	Nuestra institución	si. Se utiliza la internación como medida de abigo por sospecha de abuso sexual por parte del padre y consumo de cocaína por parte de la madre	Paciente es retirado en contra de la indicación médica por el padre (figa). Se da aviso a servicio local de san isidro y escobar. Se desconoce seguimiento de la paciente
SB	6	Niña	F	San Isidro	La niña relata abuso sexual intrafamiliar	Abuso sexual	se desconoce	Crónico	Traida a la guardia por madre y amiga de la madre	Pediatría, ginecología y servicio social	Se interna a la paciente por abuso sexual + tóxicos (cocaína) en orina positivo. Positivo para sífilis. Se inicia tratamiento. Gimen permeable.	si	Amiga de la madre porque la madre no quiere hacerla. Además, madre no desea que su hijo sea tratado en un inicio. Por este motivo, desde nuestra institución se refuerza la denuncia.	si. Se deriva a hogar de tránsito.	Sin seguimiento en particular
Lm	10	Niña	F	San Isidro	Relato de abuso por parte de La Niña + sangrado vaginal	Abuso sexual	Tío materno	Único episodio	Traida a la guardia por la madre y personal de la comarisa	Pediatría, ginecología, servicio social y psicología.	Se interna a la paciente para evaluación. Presenta sangrado vaginal Y condilomas. Síntomas compatibles con ansiedad. Se inicia protocolo de ASI, concurren peritos para evaluar a la paciente durante la internación.	si	Madre	No	En seguimiento por psicología
LT	2	Niña	F	Boulogne	Eneuresis que empezaron luego de pasar los fines de semana en lo de la abuela.	Abuso sexual	se desconoce	Crónico.	Traido a la guardia por la madre.	Pediatría, psicología y servicio social	Se interna a la paciente. La misma refiere que la hija lloró (50) en la casa de la abuela paterna. Mal olor en área genital. Se inicia protocolo.	si	Nuestra institución	No.	Sin seguimiento en particular
SG	12	Niña	F	San Isidro	Anorexia	Abuso sexual	Marido de la abuela	Única vez	Consultorios externos, turno con su pediatra de cabecera.	Pediatría, ginecología y psicología	Se evidencia por escografía embarazo de 15 semanas. Se realiza UVE	si	Madre	No	Continúa en tto por psicología
LD	8	Niño	M	Villa Adelina	Hematomas	Violencia física y psicológica	Madre	Crónico	Traido en ambulancia por llamado del colegio	Pediatría, traumatología y servicio social	Se evidencian hematomas de distinto tiempo de evolución en todo el cuerpo. No se obtienen fracturas.	si	Nuestra institución	Cambia la tenencia al padre (padres estaban separados y el paciente vivía con la madre)	Sin seguimiento en particular



ANEXO 2

ENTREVISTA

Buenos Aires, septiembre 2022

FORMATO DE ENTREVISTA

Estimado Colega.

El conjunto de preguntas que le presento es para la realización de una Entrevista diseñada, con la finalidad de recoger valiosa información para desarrollar el Trabajo Final Integrador (TFI) titulado **maltrato infantojuvenil en contextos familiares de niños, niñas y adolescentes: violación o resguardo de sus derechos**. Agradezco altamente su tiempo y disposición.

1._ ¿Qué cargo tiene usted en el hospital, su especialidad y cuántos años tiene ejerciéndolo?

Jefe de UCIP, instructor de residentes de clínica pediátrica, director de posgrado de la UBA. 26 años

2.- ¿Qué edades tienen los niños que acuden frecuentemente al hospital con signos de maltrato infantojuvenil?

Derechos vulnerados en cuanto a falta de vacunación mayormente menores de 1 año

Maltrato físico y psicológico de 3 a 8 años

Abuso con o sin violación de 11 a 15 años

3.- ¿Comúnmente de dónde provienen esos niños y adolescentes maltratados que acuden o son llevados a este centro asistencial que usted dirige?

Casi todos acuden a guardia traídos por el familiar, algún caso que tiene intervención x el servicio local se interna como guarda hasta conseguir un hogar transitorio

4.- Generalmente que signos y síntomas presentan estos niños que encajan dentro de evidente maltrato infantojuvenil?

Falta de vacunación por carnet

Maltratos físicos con hematomas en distintos estadios, fracturas, algunos pocos con marcas de cigarrillo

Los más graves sme del bebe sacudido con hemorragias IC

5.- ¿Dentro de qué tipología de maltrato engloba usted estos casos?

Maltrato infantil agravado por el vínculo

6.- Quiénes mayormente son los autores? ¿Y qué antecedentes de maltrato presentan los niños?

Padres, madres, parejas de los tutores, en la gran mayoría adictos

7.- ¿Qué dispositivo de entrada emplean en particular? ¿Cuenta y aplican algún Manual de procedimiento en estos casos? De existir, ¿cuál es su procedencia?? ¿Qué opina sobre estos?

No se aplican ningún protocolo específico, solo en abuso sexual

8.- ¿Qué servicios intervienen en estos casos?

Pediatra, psicología, psiquiatría en violación, gineco, servicio social, servicio local

9.- ¿Quién realiza las denuncias ante los organismos correspondientes? ¿Denuncia el hospital? ¿Ante qué instancia?

El Pediatra avisa a comisaria correspondiente y luego servicio social se encarga del seguimiento

10.- ¿Qué medidas de protección generalmente dispone el juez?

Queda internado hasta saber qué pasa con el maltratador si es conviviente, si no es conviviente se envía a domicilio con seguimiento por servicio local

11.- ¿Realiza la institución un seguimiento de estos casos?? ¿Llevan algún registro? Coméntanos.

Si, servicio social y local

12.-¿Qué estrategias propone para mejorar el servicio que le brindan a la comunidad y proteger a niños niñas y adolescentes de este flagelo garantizándole sus derechos?

Se podría detectar con visitas en terreno, así como se hizo con el camino de la embarazada donde se detectaron muchísimos embarazos sin control bajando así la mortalidad infantil

13.? ¿Considera que a los niños, niñas y adolescentes maltratados que asisten a este centro de salud le violan o le garantizan sus derechos?

En la institución se les hace valer sus derechos

Mil gracias por su valiosísimo aporte.