

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Derechos vulnerados del niño: análisis de un caso.

Alumna: Clara Bouille.

Tutora: Nora Gelassen.

Buenos Aires  
12 de abril de 2021

## Índice

1	Introducción .....	3
2	Objetivos .....	3
2.1	Objetivo general.....	3
2.2	Objetivos específicos.....	3
3	Marco Teórico .....	3
3.1	Historia del maltrato infantil.....	3
3.2	Maltrato infantil en la actualidad.....	6
3.3	Maltrato infantil .....	8
3.3.1	Tipos de maltrato infantil.....	10
3.3.2	Indicadores de maltrato y consecuencias.....	15
3.3.3	Factores de riesgo y de protección .....	18
3.4	Enfoque integral.....	19
3.4.1	Marco normativo.....	19
3.4.2	Marco profesional .....	21
4	Metodología .....	24
4.1	Tipo de estudio.....	24
4.2	Participantes.....	24
4.3	Instrumentos .....	24
4.4	Procedimiento .....	25
5	Desarrollo .....	25
5.1	Objetivo 1: Describir los tipos de maltrato infantil observados en el caso en la Dirección de niñez.....	25
5.2	Objetivo 2: Analizar las intervenciones realizadas en el caso por el equipo interdisciplinario. ....	30
5.3	Objetivo 3: Describir los cambios observados en los niños del caso a partir de las intervenciones realizadas por el equipo de profesionales. ....	33
6	Conclusiones.....	37
7	Referencias Bibliográficas .....	41

## **1 Introducción**

El presente trabajo tiene como fin realizar un trabajo académico final de la carrera de licenciatura de psicología. Se realiza en el marco de la Práctica Profesional V, en una institución gubernamental que tiene como objetivo trabajar con los niños y sus familias en situación de extrema vulnerabilidad buscando restituir los derechos vulnerados de los mismos.

La práctica consta de 280 horas en las que se permite a los pasantes participar de las entrevistas de admisión y de seguimiento de casos, talleres y lectura de legajos compartiendo con los trabajadores la cotidianidad en la institución.

El interés en la elaboración de este trabajo surge a partir de la participación en las entrevistas, y el poder identificar temas de interés entre estas. Consta en describir en un caso los tipos de violencia infantil observadas, las intervenciones realizadas por parte del equipo y los cambios que se llevan a cabo a partir del paso por la institución.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

1. Describir un caso de maltrato infantil, las intervenciones realizadas por el servicio local y los cambios observados a partir de dicho proceso.

### **2.2 Objetivos específicos**

2. Describir los tipos de maltrato infantil observados en el caso en la Dirección de niñez.

3. Analizar las intervenciones realizadas en el caso por el equipo interdisciplinario.

4. Describir los cambios observados en los niños del caso a partir de las intervenciones realizadas por el equipo de profesionales.

## **3 Marco Teórico**

### **3.1 Historia del maltrato infantil**

Cuando se habla de maltrato infantil se puede decir que es tan antiguo como la humanidad misma. A lo largo de la historia los menores han sufrido agresiones, las cuales eran justificadas relacionándolas con sacrificios para agradar a los dioses como una forma de disciplina o hasta incluso queriendo mejorar la especie. Sociedades como la egipcia ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara mejor la cosecha anual. Así

mismo la cultura china tenía como costumbre arrojar el cuarto hijo a las fieras como un método de control de la natalidad (Robaina Suarez, 2001). El infanticidio en Esparta consistía en arrojar por el barranco del Taigeto a los niños nacidos con defectos físicos, o aquellos débiles sin demasiada capacidad para la guerra. En la India a estos niños se los consideraban instrumentos del diablo, y por ello eran destrozados (De Bonis 1998).

Grecia y Roma no fueron la excepción; en estos territorios era habitual, avalado y bien visto la práctica sexual con menores incluyendo la prostitución infantil, siempre que se llevaran a cabo entre hombres libres, no con esclavos. Del mismo modo, los babilonios utilizaban niños para la prostitución en los templos, y los egipcios forzaban a las niñas de clase alta hasta la aparición de la primera menstruación (Manso, 2001).

Múltiples de estas prácticas se encuentran también ejemplificadas en la Biblia: el infanticidio de niños judíos ordenado por los faraones, del que se salvó Moisés; la matanza de los inocentes de Herodes, etcétera (Robaina Suarez 2001).

Situándonos en el ámbito familiar, el derecho romano antiguo fue determinante respecto a la representación de la infancia, el *Pater Familiae* consolida y da base legal al hecho que el padre era el propietario de los hijos, pudiendo decidir libremente sobre su destino. Al recibir al recién nacido el padre tenía derecho a aceptarlo o rechazarlo pudiendo dejarlo fuera de su familia, y así mismo aplicarles castigo corporal, venderlos como esclavos, abandonarlos, o cederlos como garantía a un acreedor (Díaz, 2017). Esto último, junto con todo lo anteriormente descrito, deja en claro que históricamente, y con diferentes matices, el niño como ser humano y con derechos no ha existido.

El cristianismo propone un giro conceptual poniendo al hijo como enviado de Dios, cambiando levemente el concepto de la familia y de la paternidad (Robaina Suarez, 2001). Introduce la idea de protección social de los más débiles considerando a los niños como seres endebles. El emperador Constantino, quien reconoce oficialmente el cristianismo, es el primero en legislar contra del infanticidio. No obstante, esta ley está aún lejos de erradicar la práctica del mismo (Manso, 2001).

Más adelante, en la Edad Media, no se observan grandes cambios, al no tener importancia la edad, ya que la gran mayoría de la población la desconocía, sigue sin haber una representación diferenciada de la infancia. La niñez no era vista como una etapa de la vida con sus particularidades, sino que los niños eran un compañero natural del adulto. Participaban del mundo de estos con iguales vestimentas, juegos y

ocupaciones (Ariès, 1987). Lo más importante era la supervivencia, y la de los niños era cuestión de suerte teniendo en cuenta las tasas de mortalidad infantil de la época y sumada la idea de pre determinismo que significaba que simplemente desarrollaría sus capacidades preformadas luego de su nacimiento (Manso,2001). En consecuencia, el niño no era más que adultos pequeños con pocas fuerzas. (Ariès, 1987).

Con las Ideas de la ilustración en el siglo XVIII se puede observar un cambio cualitativo notable. La concepción del hombre sobre sí mismo pasa de nacer con una realidad predeterminada, no autónoma, a verse como un hombre libre y autor de su destino. El pensador Rousseau hace un gran aporte produciendo un cambio en la idea sobre la infancia y la educación del infante planteando que este niño, futuro hombre libre, debe ser formado considerándolo un ser cargado de capacidades y posibilidades (Manso,2001).

En el siglo XIX se dan dos hechos contrapuestos, por un lado se plantea paradójicamente la valorización del niño como recurso económico en medio del fenómeno de la Revolución industrial (Robaina Suarez, 2001). Por otro lado en 1860 el médico francés Ambrosio Tardieu es quien por primera vez habla públicamente de los maltratos en los niños. Basado en necropsias describe lesiones sistemáticas, las cuales incluían golpes quemaduras y asfixias (De Bonis, 1998). Adicionalmente, en 1874 el caso de Mary Ellen Wilson una niña brutalmente abusada por su madre adoptiva, se considera el acontecimiento que impulsó el movimiento de protección infantil. Dado que no había leyes que protegieran a los niños contra el abuso, tuvo que intervenir en el caso la Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Animales basándose en la teoría de que el niño era miembro del Reino animal. A partir de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños (Watkin, 1990).

En 1923 se redacta la Declaración de los Derechos del Niño y en 1959 la aprueba la ONU (Manso, 2001). Más adelante, en 1946, *John Caffev* enuncia los primeros conceptos formales al respecto, al publicar hallazgos de fracturas múltiples y hematomas subdurales en niños cuyos padres no otorgaban una explicación válida (Robaina Suarez, 2001). Kempe y Silverman, en 1962 introdujeron el término de *Síndrome del Niño Golpeado* presentando una serie de casos con un enfoque pediátrico, psicológico, radiológico y legal. Dichos casos mostraban lesiones que se relacionaban

generalmente con los padres o algún adulto que cuidaba al menor (De Bonis, 1998). A partir de todo lo anteriormente mencionado y la repercusión que tuvo se comenzaron a legislarse en contra del maltrato infantil en los Estados Unidos.

El 20 de noviembre de 1989 se crea la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, un tratado internacional que recoge en 59 artículos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños y obliga a los gobiernos a cumplirlo (Unicef,2006).

### **3.2 Maltrato infantil en la actualidad**

Con respecto al maltrato infantil en la actualidad, un reporte de la Organización Mundial de la Salud (2019), señala que un promedio de hasta 1000 millones de niños en todo el mundo, han sido víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año, y 300 millones son menores de dos a cuatro años que a menudo sufren castigos violentos a manos de sus cuidadores. También se calcula que 40.150 niños en el mundo fueron víctimas de homicidios en el año 2017 y se estima que 120 millones de niñas han tenido algún tipo de contacto sexual contra su voluntad antes de cumplir los 20 años. Lo que hace más grave esta situación es que la violencia sufrida en la infancia afecta a la salud y el bienestar de la persona en el transcurso de su vida.

Un informe de Unicef (2017) declara que a nivel mundial 1.100 MILLONES de cuidadores (o algo más de 1 de cada 4) dicen que el castigo físico es necesario para criar o educar adecuadamente a los niños. Este mismo estudio demuestra que la violencia sexual infantil y de adolescencia es un grave problema con gran frecuencia, este documento señaló que aproximadamente 15 millones de mujeres entre 15 y 19 años en el mundo han sido víctimas de violación. En 28 países de Europa, alrededor de 2,5 millones de mujeres jóvenes informan haber sido víctimas de formas de violencia sexual con y sin contacto antes de los 15 años. Destaca también que las personas de bajos recursos económicos son abusadas sexualmente con más frecuencia que las clases media y alta.

Desde un enfoque latinoamericano, estudios apuntan que un estimado de 240.000 niñas y niños crece bajo cuidado residencial, y el 10% son niños menores de 3 años. Solo una pequeña parte de los niños y niñas menores de cinco años están sujetos a medidas disciplinarias no violentas; dos de cada tres niñas y niños de entre 2 y 4 años

experimentan regularmente algún tipo de disciplina violenta como la violencia verbal y física y el 5% de las niñas y niños menores de cinco años son víctimas de graves castigos físicos (Modovar, 2017). Algunos datos de Unicef (2017) indicaron que 1 de 4 homicidios de niños o adolescentes que se cometen a nivel mundial ocurre en la región latinoamericana.

En la República Argentina, la Encuesta de condiciones de vida de niñez y adolescencia 2011 y 2012 (Unicef, 2013) señala que tres de cada diez encuestados consideraron que los niños no deben ser castigados de ningún modo, el 65,3 por ciento consideró que es adecuado castigarlos de alguna forma, pero no físicamente, un 3,7 por ciento estuvo de acuerdo con el castigo físico en la crianza.

En los hogares que se utilizan métodos violentos de disciplina se observa que la agresión verbal se encuentra en primer lugar, luego el castigo físico y por último los castigos físicos severos. En muchos casos estas prácticas se suman: es frecuente que en un mismo hogar, se utilicen castigos físicos, castigos físicos severos y agresiones verbales. Sólo 3 de cada 10 hogares llegan a culminar una infancia sin violencia.

Por otra parte, la proporción de quienes consideran que no se debe aplicar ningún tipo de castigo en la crianza de niñas y niños es más alta en los hogares donde los adultos llegaron a cursar 16 años o más de escolaridad en promedio que en el resto de los hogares (Unicef, 2013).

En el marco del programa *Las Víctimas Contra las Violencias 2018-2019* (Unicef, 2019) se exponen datos estadísticos acerca de la violencia familiar y abuso sexual. Los datos se obtienen mediante llamadas en el periodo que va desde el 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2019.

El número de víctimas de abuso sexual asciende a 5.043, del cual el 59,2% son niñas, niños y adolescentes mientras que restante 35,9% corresponden a adultos. Dentro de los 2.986 casos de niñas, niños y adolescentes, el 77,9% corresponde al sexo femenino, otro 21,3% al masculino y el restante 0,8% se encuentra sin datos.

El 46,8% de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual tienen entre 12 y 17 años, de las cuales el 40,2% corresponde adolescentes femeninas. El segundo grupo etario con mayor cantidad de casos corresponde a niños y niñas de entre 6 a 11 años. Por último, infantes de 0 a 5 años representan el 18,9%.

Las tres formas de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes identificadas más frecuentemente son: tocamiento sexual y su tentativa, violación o tentativa y grooming. Los lugares donde normalmente se producen estos hechos son: el hogar con un 46%, las redes sociales representando un 5,7% y con un 5% en el ámbito educativo al igual que en la vivienda de un familiar. En el ámbito intrafamiliar, se advierte que más del 46% de las víctimas niños, niñas y adolescentes fueron agredidas por su padre o padrastro.

Se llevó a cabo una comparación interanual donde se recolectaron datos desde noviembre del 2016 a septiembre del 2019. Al contrastar las diferentes atenciones del Programa en el periodo analizado, se advierte un significativo incremento. Partiendo de 1.280 víctimas en el 2016 y alcanzando las 2.986 para 2019, se registró un aumento total del periodo en cuestión de 133,3%.

El 52% de un total de 11.245 víctimas de violencia familiar a nivel Nacional corresponde a niñas, niños y Adolescentes. El 43,9% de dichas víctimas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son niños de entre 0 a 5 años de edad. Se observa que el 34,5% tienen entre 6 y 11 años y por último el 21,6% corresponde al grupo entre 12 a 17 años. Es importante remarcar que no se observan diferencias significativas en la comparación por género de las víctimas de violencia familiar, como sí se advierte en las víctimas de violencia sexual.

La mayoría de las víctimas fueron agredidas por el padre, con diferencias por grupo de edad de la víctima. En segundo orden de frecuencia del vínculo con los agresores se encuentra el padrastro y luego la madre con un 6,5%.

Una encuesta rápida COVID-19 (Unicef, 2020) expone que 1,3% (es decir, 77.900) de los hogares se vivieron situaciones de violencia familiar durante la cuarentena. En el 57% de los casos esas situaciones involucraron a mujeres y en el 24% a niñas y niños.

El problema es universal, y a pesar de ello seguimos desconociendo la prevalencia de esta enfermedad en cada uno de los países.

### **3.3 Maltrato infantil**

Hablar de maltrato infantil exige, de base, comprender qué es la interacción de complejos factores de riesgo en simultáneo como los del individuo, la familia y la sociedad los que concluyen en este importante problema de salud de carácter universal. (Fernández Couse & Perea Corral, 2004).



Al hablar de la definición de maltrato infantil no se puede decir que existe solo una. A lo largo de los años esta se ha modificado y enriquecido, variando dependiendo del contexto cultural en el que se han formulado (Fernández, 2014). La definición formal de maltrato recién fue planteada por el médico pediatra Henry Kempe en 1962 quien lo hizo refiriéndose al uso de la fuerza física no accidental dirigida a herir o lesionar a un niño por parte de sus padres o parientes (Kempe, 1962). Dicha definición se focalizó en uno de los tipos de maltrato infantil más visibilizados, el maltrato físico. No obstante, en 1971 se puede encontrar en un nuevo artículo escrito por Kempe consideraciones que incluyen a la negligencia emocional y la deficiencia en la crianza como formas latentes de maltrato infantil (Kempe, 1971).

La Organización Mundial de la Salud (2016), define el maltrato infantil como 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. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Otra definición elaborada por Aguilar Cárceles (2009) entiende el maltrato en la infancia como el conjunto de acciones provocadas al menor de edad, y que son efectuadas de forma intencional y reiterada por familiares o cualquier otra persona de su entorno social cercano, y que propiciarían el desarrollo de graves secuelas en el desarrollo de su personalidad. En este sentido, se hace mención a seis aspectos imprescindibles a considerar en la definición de maltrato, estos son: el conjunto de acciones llevadas a cabo, ya sean por acción u omisión, con consecuencias tanto físicas, psicológicas o emocionales; la víctima es el menor de dieciocho años, al cual se lo considera indefenso y desprovisto de mecanismos de defensa ante estas situaciones. Por otro lado la intencionalidad, pues no existe accidentalidad en cuanto a la conducta efectuada, entendiendo así la deliberación del autor, como también se tiene en cuenta la reiteración o frecuencia del comportamiento que se realiza. Por último, el contexto del maltrato, incluyendo en ello tanto el ámbito familiar como extrafamiliar, que incluiría el maltrato institucional y siempre que se vea amenazado el desarrollo e

integridad del menor, propiciando en este conductas desadaptadas e inmaduras para su edad y afectando su personalidad.

En Argentina el Programa Nacional por los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (Averbuj, Bozzala, Marina, Trantino & Zaritzky, 2010) tiene en cuenta que, si bien el concepto de maltrato es variado y engloba distintas situaciones, ciertos aspectos se repiten. Los cuales se mencionan a continuación: afectan negativamente en la salud física o psicológica de niños y adolescentes; ponen en riesgo el desarrollo integral del niño y aumentan su intensidad, repercusión y complejidad a medida que la situación se extiende en el tiempo o es más severa.

En conclusión, existen diversas definiciones, pero que todas están orientadas a unos fines comunes: proteger la dignidad y autoestima del menor como ser humano, su desarrollo e intereses.

### **3.3.1 Tipos de maltrato infantil**

En la clasificación de tipos de maltrato infantil encontramos mayor unanimidad por parte de los autores. Se identifican cuatro tipos de maltrato en la infancia: físico, psicológico, abuso sexual y negligencia. Otros autores incluyen el Síndrome de Münchausen y el Maltrato Institucional (Aguilar Cárceles, 2009).

Usualmente es raro encontrar un/a niño/a en el que el maltrato sea de un solo tipo. Un niño golpeado es también maltratado emocionalmente; un/a niño/a que evidencia signos de falta de cuidado o negligencia, frecuentemente también padece maltrato físico o emocional (Jiménez, 2002). A continuación describiremos los distintos tipos de maltrato.

#### **3.3.1.1 Maltrato físico**

Es la forma de maltrato infantil más conocida y estudiada, tal es así que es la primera en aparecer en investigaciones y publicaciones cuando hacemos una revisión histórica sobre maltrato infantil (Manoso, 2001).

La OMS (1999) definió el maltrato físico como “el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño”(p.15).

Aguilar Cárceles (2009) lo define como cualquier acción que, ejercida desde un miembro de la familia y de manera intencional, provoque o pueda provocar daño físico al menor (golpea con distintos instrumentos, producir quemaduras, dar patadas,

provocar torceduras, estrangular o asfixiar, envenenamiento, ahogamiento, encerrar o atar, exposición deliberada a la intemperie, infligir heridas con objetos cortantes o punzantes).

Parke y Collmer (1975) diferencian cuatro tipos de maltrato físico. El primero, en base a intentos disciplinarios, que tratan de educar al niño. Cuando son dirigidos a un niño no deseado y que expresan el desprecio hacia él. Cuando el agresor muestra características de sadismo o perversión y que tratan de satisfacer dichos impulsos y por último, como consecuencia de descontrol en un padre o madre que soporta un alto nivel de tensión y que consiste en una descarga emocional incontrolada sin intención real de producir daño.

### **3.3.1.2 Maltrato psicológico o emocional:**

El concepto de abuso emocional y psicológico se refiere a actos hostiles hacia el niño, mientras que el abandono emocional y psicológico lo hacen para referirse a omisiones. Los términos maltrato psicológico o emocional son los utilizados más frecuentemente; incluyen tanto acciones como omisiones que implican desatención a las necesidades psicológicas del niño (Arruabarrena, 2011).

El maltrato psicológico es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada que daña o reduce tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño o niña como la inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral. Como consecuencia, lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente o confunde y atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social. (O'Hagan, 1995, p.458)

Según (Bringiotti, 2002) el maltrato emocional es la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles, desde la evitación hasta el encierro, por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

El abandono emocional refiere a la falta persistente de respuesta a las señales como el llanto y la sonrisa, expresiones emocionales y la actitud proactiva de acercamiento por parte del niño y la falta de respuesta y contacto por parte de una figura adulta estable (Manso, 2001).

A continuación mencionamos las distintas formas de maltrato psicológico:

- Rechazo: El adulto evita y rechaza el reconocimiento de la presencia del niño y la legitimidad de sus necesidades.
- Aislamiento: negarle al niño la posibilidad de relaciones sociales normales, le prohíbe.
- Aterrorizar: amenazar al niño con un castigo extremo, crear en él un miedo intenso. Se insulta verbalmente al niño, se le asusta y se construye en él la creencia de que el mundo es hostil.
- Ignorar: El adulto priva al niño de la estimulación esencial limitando el crecimiento y desarrollo emocional.
- Corrupción: El adulto altera la socialización del niño, le estimula a iniciar conductas destructivas y antisociales, refuerza esas desadaptaciones y se le premia por conductas agresivas (Garbarino, Guttman & Seeley 1989, citado por Gómez de Terreros Guardiola 2006).

Este tipo de maltrato en ocasiones es difícil de distinguir ya que puede confundirse con un trastorno psicológico o perturbación emocional en los niños que lo sufren. No obstante, una característica distintiva que permite reconocer y diferenciar entre maltrato u otra causa es el rol que toman los padres ante esta situación. Por un lado los padres abusivos se muestran despreocupados y culpan a los niños del problema, mientras que en los otros casos los padres reconocen el problema y buscan ayuda (Azaola, 2006).

### **3.3.1.3 Abuso Sexual infantil**

El abuso sexual infantil según el Acta para la Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil (Child Welfare, 2019) se define como el implemento, el uso, la persuasión, la inducción, la tentación o la coacción de cualquier niño para participar o ayudar a otra persona a participar en cualquier conducta sexual o simulación de dicha conducta con el propósito de producir una descripción visual de esta. También incluye la violación, el abuso sexual, la prostitución u otra forma de explotación sexual de niños o el incesto.

Existen también las conductas sexualizadas que se dan entre menores de edad y pueden ser categorizadas como un indicador en la esfera sexual, llamado agresión sexual de un menor hacia otros menores (Aguilar Cárceles, 2009). Dentro de este contexto, el abuso sexual se define como cualquier clase de contacto sexual con una

persona menor sin su consentimiento, sin igualdad o como el resultado de una coerción. Nos referimos a consentimiento, en este caso particular de abuso sexual entre menores, como el entendimiento entre las partes sobre la actividad propuesta y la conciencia de las posibles consecuencias y alternativas. Así mismo el acuerdo o desacuerdo se respetará por igual suponiendo decisión voluntaria y competencia mental. En tanto, la igualdad se define como dos o más participantes que operan con el mismo nivel de poder en la relación. Por último, la coerción se entiende como la explotación de autoridad, uso de sobornos, amenazas de fuerza o intimidación para obtener cooperación o cumplimiento (Shaw, Lewis, Loeb, Rosado, & Rodriguez, 2000).

Los tres criterios más utilizados para establecer el concepto de abuso sexual infantil son: son la asimetría de poder, la diferencia de conocimiento y la diferencia de gratificación.

- Asimetría de poder: refiere a que una de las partes (el abusador) controla a la víctima y el encuentro sexual no es concebido como algo mutuo. El poder puede ser debido a la relación entre el abusador y la víctima (padre, profesor, líder de un grupo) y la víctima por lo general siente la obligación de cumplir lo que el abusador pide. El poder también se relaciona con la capacidad de manipulación psicológica y el tamaño corporal por parte del agresor.

- Asimetría de conocimiento: supone que el abusador es de mayor edad que la víctima, tiene un conocimiento más sofisticado de la significación y las implicaciones de la relación sexual.

- Asimetría de gratificación: en la mayoría de los casos de abuso sexual a menores, se observa que el abusador intenta obtener gratificación sexual exclusiva. Es decir que, aunque el abusador cree que intenta excitar a la víctima, su único objetivo es su propia excitación sexual (Faller, 1993)

En ese sentido siempre que alguno de estos factores se dé entre un menor y otro individuo, las conductas sexuales resultantes deberán ser consideradas abusivas. Teniendo en cuenta estos criterios, se incluye las agresiones sexuales que cometen los menores de edad sobre otros (Sperry & Gilbert, 2005). Ahondando en los casos de abusos sexuales entre menores, un estudio llevado a cabo demuestra que los niños abusados sexualmente por otros niños manifiestan síntomas en cuanto a problemas

emocionales y conductuales. Así mismo, no se encuentran diferencias significativas entre niños abusados por adultos o por menores (Shaw et al., 2000).

Según Barney (2006) las conductas sexuales se pueden expresar en distintas categorías:

- Con contacto físico: Violación, penetración vaginal o anal con un objeto, caricias, tocar o acariciar los genitales de otro, contacto genital oral e involucramiento del niño en contactos sexuales con animales.

- Sin contacto físico: propuestas verbales de actividad sexual explícita, exhibicionismo, obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, ver pornografía

Otros comportamientos son: la explotación sexual, agresión sexual.

#### **3.3.1.4 Negligencia**

Entre los distintos tipos de maltrato infantil, la negligencia es una de sus expresiones más comunes y frecuentes. No se puede evidenciar en un hecho puntual, sino que se expone por una conducta sostenida por parte de los padres o cuidadores. Este comportamiento al mismo tiempo muchas veces es callado y enmascarado, lo que dificulta su detección (Delgado, 2016).

La negligencia se refiere al maltrato por omisión, cuyo caso extremo es el abandono. Consiste en el fracaso de los cuidadores en salvaguardar la salud, seguridad y bienestar del niño, y la hay de diversos tipos, como son: la negligencia física, que se define como la falta de las necesidades básicas adecuadas en relación con la vivienda, ropa, nutrición, higiene y seguridad por parte de los padres o cuidadores; la negligencia médica, que se da ante el descuido de proporcionar al niño el tratamiento adecuado para su salud física y mental; la negligencia emocional, que se define como la falta de soporte emocional y la atención inadecuada a las necesidades de afecto del niño y, por último, la negligencia educacional, avalando conductas desadaptativas, falta de límites, fracaso en la escolarización obligatoria y la intención de las necesidades especiales del menor (De Bellis, 2005). Es importante conocer el contexto familiar y cultural antes de determinar la existencia o no de negligencia, ya que la privación de cualquiera de estas necesidades puede no ser responsabilidad de los padres que en ocasiones incluso también se encuentran inmersos en las mismas circunstancias, viviendo las mismas privaciones (Perea, Loredó, López, Jordan, & Trejo, 2007).

### **3.3.1.5 Otros tipos de maltrato**

En el llamado síndrome de Munchausen se observa en niños cuyos padres someten al niño o adolescente a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios inventan historias de enfermedades inexistentes falseando síntomas y signos con la posibilidad de desarrollar una enfermedad real inducida por los padres (Robaina Suarez, 2001).

Por otro lado también existe el maltrato institucional, el cual refiere a cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien, derivada de la actuación individual de un profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, de la seguridad, del estado emocional, del bienestar físico o de la correcta maduración del niño o joven, o que viole sus derechos básicos. El mismo puede acontecer en otros ámbitos que deberían protegerlos como por ejemplo, hospitales, juzgados, clubes, escuelas, iglesias, lugares de entretenimiento (Averbuj et al., 2010).

### **3.3.2 Indicadores de maltrato y consecuencias**

Los indicadores son síntomas y signos físicos, emocionales y conductuales que dan indicio de que un niño, niña o adolescente podría estar padeciendo una situación de violencia. Se organizan en categorías, según se expresen de forma predominante en aspectos físicos, emocionales y conductuales. Sin embargo, la mayoría de los indicadores no corresponde exclusivamente a una sola categoría, sino que presentan elementos de las tres (Unicef, 2011).

En el maltrato físico se observan lesiones como hematomas, escoriaciones, heridas, quemaduras, etc. Es difícil ubicarlas en un evento único ya que aparecen de forma repetida y en diversos estados, esto apunta a que son hechos voluntarios y cotidianos. Son frecuentes también las lesiones esqueléticas tales como fracturas múltiples y de diferentes localizaciones fundamentalmente en huesos largos. Por lo general estas lesiones no corresponden con el hecho narrado debido a su severidad. Es fundamental valorar la relación de la lesión con la edad del niño, su configuración, el grado de cicatrización y la coloración de los hematomas, ya que nos indicará la antigüedad de la lesión (Manso, 2001). Pueden aparecer lesiones viscerales que se corresponden con maltratos producidos por maniobras violentas severas, empujones fuertes con proyección que provocan ruptura de órganos internos. Finalmente debemos referirnos

a las lesiones craneoencefálicas que probablemente constituyen las lesiones de mayor gravedad y la causa más frecuente de muerte en el niño maltratado. La hemorragia retiniana, subdural y subaracnoidea, son manifestaciones frecuentes del trauma directo craneal síndrome del niño sacudido (Robaina Suarez, 2001).

Entre los indicadores conductuales y emocionales que presentan los niños podemos encontrar conductas extremas de agresividad o rechazos al vínculo y/o al contacto físico con los adultos. También manifiestan conductas no esperables como agresividad extrema o sometimiento frente a sus pares. Se los observa en un estado de alerta constante, son niños con autoestima baja, vergüenza y sentimiento de culpa. Acuden a propiciarse golpes o a utilizar ropa inadecuada para ocultar los lesiones y marcas (Unicef, 2001).

Los niños que sufren maltrato psicológico pueden presentar falta de respuestas emocionales adecuadas, ausencia o trastorno de la comunicación, hiperactividad e inquietud, como así también retraimiento o aislamiento. Es habitual, incluso, que manifiesten sentimientos de tristeza, depresión, miedos y fobias acompañado de baja autoestima, sentimiento de culpa y vergüenza. Dentro de los indicadores físicos del maltrato emocional se puede observar retraso en el crecimiento, enfermedades psicosomáticas, accidentes frecuentes y enfermedades recurrentes. Respecto a su comportamiento se muestran desconfiado hacia las promesas o actitudes positivas de un adulto, y apático frente a sus progenitores. Frente a los desconocidos se adapta rápido mostrándose complaciente y pasivo. Frente a otros niños puede adoptar una conducta adaptativa extrema que indica una inmadurez socioemocional, siendo esta, una actitud de adulto (hacer el papel de padre de otros niños) o muy infantil (mecerse constantemente, enuresis) a en situaciones cotidianas tiene dificultad de adaptación y escasa habilidad en situaciones conflictivas. Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos compulsivos o agresivos. Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo puede presentar depresión y tendencias suicidas. Puede presentar trastornos en las funciones relacionadas a la alimentación, con el sueño y al control de esfínteres. En relación a la atención puede haber una disminución de la capacidad de atención, trastornos del aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar (Gonzalvo, 2002).



La negligencia física se ve reflejada en distintos aspectos como por ejemplo una alimentación inadecuada e insuficiente podrá manifestarse por malnutrición y hambre permanente. Por otro lado, son niños con una apariencia desaliñada, falta de higiene, carencia de supervisión consistente, problemas físicos desatendidos, necesidades médicas ignoradas, abandono, hipo crecimiento cerebral, etc. En general los indicadores conductuales y emocionales son fatiga, apatía o somnolencia frecuentes, roba o pide comida, no asiste o llega tarde a la escuela, permanece en lugares públicos o en la escuela por prolongados tiempos. Cuando el niño crece puede verse involucrado en abuso de drogas o alcohol, abandono escolar, fugas de casa. Por otro lado puede manifestar habilidades verbales o cognitivas inferiores al promedio, agresividad excesiva o pasividad extrema, pesimismo y desconfianza y la incapacidad de mantener relaciones duraderas (González, 2007).

Por último en el abuso sexual, las manifestaciones físicas pueden ser traumas físicos o irritación en la zona genital como dolores, picazón, hemorragias y raspaduras acompañados de dolor al caminar o a sentarse. También puede sufrir infecciones genitales o urinarias, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y enuresis o encopresis.

Los indicadores emocionales y del comportamiento pueden ser que relate el hecho donde un padre, un familiar, un cuidador o un desconocido le haya enseñado sus genitales, mostrado material de contenido explícito sexual, tocado el cuerpo o los genitales, o haya abusado sexualmente. Como consecuencia se puede mostrar extremadamente temeroso de revelar las acciones del agresor e incluso presentar mutismo. Otros indicadores pueden ser miedo a una persona o a los padres en forma repentina, pérdida de apetito, resistencia a desnudarse o bañarse. Puede tener una conducta agresiva, fugarse del hogar, cambios bruscos de carácter, aislamiento hacia los pares, conductas regresivas, depresión, miedo, ansiedad, pesadillas, fobias, histeria, falta de control emocional, tendencia al secretismo y tendencias suicidas. También pueden manifestarse problemas escolares debido a la falta de concentración. Por último en la esfera sexual pueden mostrar rechazo a los besos y caricia de forma súbita o un interés exagerado del comportamiento sexual adulto. A veces muestran una comprensión muy clara de la conducta sexual para su edad y en el juego se presentan escenas imitando el intercambio sexual. Puede aparecer una seducción inapropiada y la

sexualización de las relaciones afectivas, así como una agresión sexual de un menor hacia otros menores (Aguilar Cárceles, 2001; Gonzalvo 2002; Shaw et al., 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) las consecuencias del maltrato infantil se manifiestan a mediano y largo plazo en el desarrollo conductual, psicosocial, físico y en la socialización de niño y niñas afectados. El maltrato causa estrés y se relaciona a trastornos del desarrollo cerebral temprano. El desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario se ve afectado en los casos extremos de estrés. En consecuencia, esto puede explicar cómo los niños que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (como víctimas o victimario); depresión; consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados, consumo indebido de alcohol y drogas en la adultez.

### **3.3.3 Factores de riesgo y de protección**

Cuando se habla de factores de riesgo se refiere a ciertas características del niño, de los padres o cuidadores, relacionales y de la comunidad y sociedad que pueden combinarse e interrelacionarse para incrementar el riesgo de que un niño sufra maltrato (Mouesca, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (2016) aclara que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay ciertas características del niño que pueden aumentar el riesgo son, la edad inferior a cuatro años y la adolescencia, el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales, no cumplir con las expectativas de los padres y ser bebés no deseados. Por otro lado, nombra a los factores de los padres como la dificultad para establecer vínculo con el recién nacido, el consumo de drogas y alcohol, la participación en actividades delictivas, condiciones socioeconómicas adversas y expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil o la falta de conocimiento sobre este. El factor relacional tiene que ver con las características de la relación de pareja, los amigos o compañeros que influyen con el maltrato, estos son los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre los miembros; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos; la pérdida del apoyo de la familia y los seres queridos a la hora de criar al menor. Por último cuando nos referimos al contexto social y comunitario hay ciertas cualidades como la desigualdad de género y social, una

vivienda inadecuada, falta de apoyo a las familias y las instituciones, niveles elevados de desempleo o pobreza, fácil acceso a las drogas y alcohol, políticas y programas de prevención insuficiente, normas sociales que fomentan la violencia y que debilitan el estatus del niño frente a la relación con sus padres o la rigidez en cuanto a los papeles asignados para cada sexo y finalmente, las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Los factores de protección son características propias del entorno o competencias de las personas que pueden influir de manera positiva en la vida de los niños, las niñas y los adolescentes y que los ayudan a afrontar las circunstancias desfavorables en mejores condiciones. Cuando se detecta maltrato es importante analizar los factores de protección en la familia, en la comunidad y en los servicios profesionales ya que de su presencia dependerá la posibilidad de un mejor pronóstico en la evolución. Se observan en la familia cuando uno de los progenitores tiene relación positiva con el niño, hay una aceptación por parte de la familia sobre la presencia de un problema y la búsqueda de solución confiando en los profesionales que la brindan, y por último la estimulación de la autoestima y la confianza en el niño. Por parte de la comunidad cuando existen redes de contención, la presencia de adultos significativos de confianza y un entorno en el que la violencia no está naturalizada como modo relacional. Finalmente, por parte de los servicios profesionales algunos de los ejemplos son, la prioridad del interés superior del niño en su actuación, organización de una atención interdisciplinaria adecuada, coherente y centrada en el niño; programación de sistemas de seguimiento y evaluación; formación teórica, técnica y ética de los profesionales; presencia de un marco normativo claro que oriente las actuaciones; recursos profesionales suficientes y competentes para la actuación en los diferentes niveles de atención a la infancia (Unicef, 2011).

### **3.4 Enfoque integral**

#### **3.4.1 Marco normativo**

Las respuestas abordadas por el estado actualmente ante ciertas condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes en Argentina fueron derivadas del cambio de paradigma propuesto por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y por la Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N°

26.061. Ambos instrumentos legales instan a dejar de considerar a niños, niñas y adolescentes como *objetos de tutela*, para pensarlos como *sujetos plenos de derecho*. Adicionalmente a nivel provincial, la Ley de la Provincia de Buenos Aires N°13298, dictada en el año 2005 recoge también las pautas fijadas por la Convención, consagrando diversos principios rectores que deben considerarse de forma ineludible frente a la alternativa de brindar una solución a una problemática en la cual se encuentre involucrado el niño (Bidart Campos, 1995).

Según la ley 26.061 los derechos del niño son, que se proteja su vida y se respete su intimidad, a la salud, realizar actividades recreativas en un ambiente sano, no sufrir humillaciones ni abusos de ningún tipo respetando su honor y protegiendo su imagen, a la identidad, a conocer a sus padres biológicos y mantener un vínculo con ellos, a tener una familia alternativa o adoptiva que los críe cuando no puedan tener contacto directo con sus padres, a la educación, a la seguridad social, a ser oídos.

Este nuevo paradigma requiere para su implementación de una profunda modificación estructural y funcional del Estado. A tal efecto en los últimos años se ha puesto en funcionamiento el Sistema de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. El mismo constituye una red articulada de acciones entre diversos organismos estatales, no gubernamentales y la comunidad, y cuya función principal es la implementación de políticas públicas de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.

Según Lottini (2010) dicho ente contempla diferentes medidas de protección: las *medidas universales* que implican políticas públicas de niñez, adolescencia y familia, y cuyos objetivos se vinculan a la promoción y al ejercicio pleno de los derechos. Por otro lado las medidas de protección que se activan ante la comprobación por parte del Servicio de protección Integral de un derecho vulnerado, y cuyo objetivo radica en restituirlo. En este grupo de medidas cuando se comprueba la amenaza o violación de derechos podrán adoptarse entre otras cosas, apoyo para que los niños permanezcan conviviendo con su grupo familiar, becas de estudio y o inclusión en programas de alfabetización o apoyo escolar, inclusión del niño y de la familia en programas de asistencia familiar, tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico del niño o de alguno de sus padres o responsables (Art. 35 de la Ley 13.298). Y por último, las medidas excepcionales de protección, también llamadas medidas de abrigo.

Profundizando en la intervención del Estado nombrado anteriormente, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la Ley 13.298 (2004) establece la denominada *medida de abrigo* la cual consiste en una medida de protección de carácter excepcional que “tiene como objeto brindar al niño, niña o adolescente un ámbito alternativo al grupo de convivencia cuando en éste se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos, hasta tanto se evalúe la implementación de otras medidas tendientes a preservarlos o restituirlos”(Art. 35 BIS). Para efectivizar esta medida excepcional se tendrán en cuenta ciertos lineamientos. En primer lugar, la familia ampliada u otros miembros de la comunidad vinculados con los niños serán considerados prioritarios al momento de establecer el ámbito alternativo de convivencia. Durante la aplicación de las medidas, el organismo administrativo trabajará para la re-vinculación de los niños con su familia de origen. Es importante remarcar que la medida excepcional solo será adoptada frente a la imposibilidad de exclusión del hogar de aquella persona que causare daño al menor, y la misma tendrá una duración máxima de 180 días. En caso que aún antes del vencimiento del plazo, las medidas de protección fracasaren por incumplimiento o por motivos imputables a los progenitores, tutores o familiar a cargo, o se advirtiere la existencia de cualquier situación que coloque al niño en estado de vulnerabilidad de sus derechos; el organismo administrativo informará esta situación al Juez de Familia y petitionará, si correspondiere, la declaración de la situación de adoptabilidad.

### **3.4.2 Marco profesional**

La creación del Sistema de Protección Integral surge a partir de la Ley 26.061. Dicho Sistema se conforma por un conjunto de organismos, programas, instituciones estatales y de la sociedad civil, que actúan en corresponsabilidad articulando intervenciones cuya finalidad general es la promoción y la protección de los derechos de Niños Niñas y Adolescentes. En la práctica, el Estado delega en un organismo, en este caso definido como Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de niños, niñas y adolescentes. Según la Ley Provincial 13.298 en el art.20 dicho organismo debe estar conformado por un equipo técnico interdisciplinario que cuente mínimamente con un psicólogo, un abogado, un trabajador social y un médico que deben brindar atención las 24 horas. Su proceso lógico de intervención plantea una mirada integral acerca del bienestar de Niños, Niñas y Adolescentes, actuando transversalmente en coordinación

con efectores públicos como los Servicios de Salud, Educación, Adicciones, Desarrollo Social ya que son sectores de fuerte incidencia en las condiciones de vida de los niños (Clerici, 2019). Cuando nombramos la transversalidad nos referimos a que detrás de las intervenciones hay un equipo con un mismo fin, manejando distintos enfoques científicos donde se agrupan saberes específicos, experiencias y vivencias para así evaluar problemas de gran complejidad y dar soluciones con una mirada global (Sánchez, 2010).

Los casos que ingresan al Servicio Local para ser abordados por el equipo interdisciplinario pueden llegar mediante una denuncia policial o por el contacto directo con el Servicio Local. Cuando hablamos específicamente del accionar del equipo interdisciplinario ante conocimiento de la petición este deberá proceder a la apertura del procedimiento de protección, debe citar al niño y familiares, responsables o allegados involucrados a una entrevista con el equipo técnico del Servicio a fin de constatar la situación planteada, y en su caso, adoptar una o varias medidas que se consideren necesarias para hacer cesar la amenaza, restituir los derechos que están siendo vulnerados y reparar sus consecuencias. Durante el curso de ejecución de la medida, el Servicio hace un seguimiento con el fin de verificar los avances en la situación, evaluar la necesidad de hacer ajustes en las estrategias y lograr el cumplimiento en los acuerdos llevados a cabo a favor del niño y en caso de que no se estén cumpliendo intervenir para que así sea (Herrera & Burgués, 2010).

De acuerdo con los criterios establecidos en salud pública y en concreto en la promoción de la salud psicosocial, nos encontramos con tres niveles de la prevención del maltrato infantil. La prevención primaria se basa en estrategias preventivas apuntando a la población en general, sin centrarse en ningún grupo o factor de riesgo específico. Su objetivo principal es reducir la aparición y los efectos de situaciones violentas. La prevención secundaria tiene como objetivo reducir la prevalencia de una situación concreta de violencia. Se concentra en generar estrategias preventivas dirigidas a sectores que presentan mayor vulnerabilidad ya que están expuestas a aquellos factores de riesgo más conocidos dentro del fenómeno de la violencia. La prevención primaria y secundaria demuestra ser las más efectivas a la hora de afrontar el maltrato Infantil como problema social ya que intervienen en una instancia previa accionando en pos de generar un ambiente menos propenso a las situaciones de

violencia. Por último, la prevención terciaria, a diferencia de la prevención primaria y secundaria, está dirigida hacia las consecuencias de un hecho puntual, consumado y diagnosticado. Dicha prevención se encuadra dentro del Servicio Local y se focaliza directamente en el concepto de la rehabilitación de la salud buscando reducir las secuelas y evitar la reproducción de estos hechos en la vida futura de estos individuos tomando como ejemplo las medidas de protección (Morales González & Cabanillas, 2001).

Retomando lo dicho anteriormente, la principal prioridad es garantizar la seguridad y la protección de los niños que han sido maltratados. Para ellos se habla de un tratamiento, el cual debe influir tanto en el niño como en su familia, centrándose en prevenir el maltrato futuro y las consecuencias psicológicas y físicas a largo plazo. Según Unicef (2013) las acciones a implementar que recomiendan son:

- Asistir en forma integral e interdisciplinaria al Niños, Niñas y Adolescentes, esto es incluyendo al grupo familiar.
- De acuerdo a la gravedad y el tipo de hecho de violencia o maltrato puede ser necesaria la atención médica con tratamiento sostenido.
- Proporcionar la atención psicológica.
- Proporcionar asignación o subsidio.
- Garantizar la escolaridad.
- Garantizar el acompañamiento cuando Niños Niñas y Adolescentes se encuentre alojado/a en una institución.
- Garantizar la continuidad del acompañamiento.

Dentro de la atención psicológica Oates y Bross (1995) hacen una revisión narrativa e indican que los tratamientos psicológicos son prometedores en el maltrato infantil. La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma es reconocida como la intervención con mayor apoyo empírico en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes expuestos a experiencias traumáticas (Allenn y Kronenberg, 2014). Allin, Wathen y MacMillan (2005) concluyeron que algunos tipos de terapia de juego y de terapia multisistémica parecen disminuir significativamente las consecuencias negativas de la negligencia en los menores. También se encontraron investigaciones hechas con grupos terapéuticos de niños y niñas víctima de abuso sexual con una estrategia apta para

evaluar el impacto de la intervención, como lo son medidas pre-post y grupo de control. Luego de la intervención, se evidenció un aumento de autoestima y disminución de ansiedad en las niñas; mientras los niños mejoraron en los problemas de conducta, agresión, ansiedad, retraimiento e hiperactividad (Rodríguez, 2007).

Si bien los beneficios de los tratamientos psicológicos son muy importantes, se recomienda alternar con tratamientos intrafamiliares logrando así un panorama más alentador (Morales González & Cabanillas, 2001).

#### **4 Metodología**

##### **4.1 Tipo de estudio**

El siguiente estudio cualitativo de tipo descriptivo.

##### **4.2 Participantes**

Se trabajará con un caso de una familia. El caso es asignado al pasante por Agustina una de las operadoras del equipo de profesionales de la Dirección de niñez. Agustina es psicóloga, trabaja en el equipo hace diez años y es quien llevo adelante el seguimiento del caso S. Adicionalmente se trabajara con Juana y Verónica. Juana, coordinadora del servicio y psicóloga, trabaja hace 18 años en el establecimiento mientras Verónica, quien lleva adelante el caso actualmente, trabaja en el sector de adopciones hace 5 años.

La familia del caso está constituida por nueve hermanos, el padre y la madre. Se trabajara particularmente con los menores de edad. Estos son cuatro niños Santiago de 16, Mariano de 12, Joaquín de 10 y Sabrina de 8 años. El caso llega al servicio ya que un médico expresa su preocupación por la hija más chica Sabrina, debido a que esta se encontraba con un cuadro grave de pediculosis y pio dermitis.

La familia vive en el partido de San Isidro. En un mismo terreno subdividido conviven por un lado el padre con los cuatro menores y en otra casa al lado conviven los demás hermanos con sus respectivos hijos. Los niños no están escolarizados y quedan al cuidado de su hermano Santiago todo el día. El padre trabaja de noche de seguridad y la madre de los niños se encuentra privada de su libertad en la cárcel de Magdalena.

##### **4.3 Instrumentos**

Para el presente trabajo se utilizaron distintos instrumentos.

En primer lugar, se llevó a cabo una entrevista individual a los profesionales que fueron un eje importante en la toma de decisiones y en particular a la operadora que llevo adelante el caso. En esta se pregunto acerca de los factores considerados a la hora



de evaluar el riesgo, las estrategias de abordajes e intervención, cuáles fueron los cambios observados y sumar información subjetiva por parte de las operadoras que no haya quedado registrado y que sea rico a la hora de describir el caso.

En segundo lugar, se accedió al legajo que lleva la dirección en donde se encuentran las denuncias, los informes psicológicos, testimonios y los informes elaborados por Agustina a medida que tenía encuentros con los menores.

Por último, se llevaron a cabo ciertas entrevistas con las operadoras Agustina, Verónica y Juana las cuales se solicitan a medida que al pasante le surgieron dudas sobre las intervenciones, la historia familiar, entrevistas realizadas y el seguimiento del caso en la actualidad.

#### **4.4 Procedimiento**

Las entrevistas fueron llevadas a cabo durante toda la asistencia a la práctica. Estas fueron individuales con cada profesional que había participado del caso y tenían una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente. Fueron tres entrevistas por profesional. No fueron agendadas con anticipación, si no que en el mismo día se preguntaba por la disponibilidad para ser llevadas a cabo.

## **5 Desarrollo**

### **5.1 Objetivo 1: Describir los tipos de maltrato infantil observados en el caso en la Dirección de niñez.**

El caso de estudio fue detectado luego de que uno de los menores (Mariano, 12) se acerque a solicitar asistencia médica para su hermana (Sabrina, 8) a una ONG barrial, la cual está situada en la provincia de Buenos Aires brindando soporte a niñas, niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad. La ONG acompaña a Mariano a su hogar, con el fin de constatar la situación de su hermana menor. Sabrina es llevada al centro de salud del barrio para hacerle una revisión médica ya que presentaba una infección notable en su cabeza, acompañada por el padre, el cual se encontraba en el domicilio. Luego del control es diagnosticada con pediculosis y pio dermitis grave, indicándole un tratamiento de fármacos y un estricto control médico presencial. Frente a la ausencia de la menor al control estipulado por los médicos, la ONG decide presentarse en el domicilio. Al llegar y verificar que el padre no había suministrado a la menor los medicamentos recetados por los médicos y no había cumplido con el tratamiento,

sumado a la gravedad del diagnóstico, se define trasladar a la niña al hospital del municipio. Se toma la decisión de internar a Sabrina y notifican al Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes dado que se observan derechos vulnerados.

Al momento de la derivación del caso de la menor, se puede observar el primer tipo de maltrato. Se observa una negligencia grave, con necesidades médicas ignoradas y abandono (González, 2007). Esto se percibe ya que ante la necesidad de asistencia médica de la menor fue uno de los hermanos quien solicitó la misma. Adicionalmente, luego de que la menor fuese controlada, diagnosticada y se le haya indicado un tratamiento, el padre no solo que no se acerca presencialmente al control indicado sino que tampoco le suministra la medicación.

En la internación Sabrina es sometida a análisis clínicos. Lo primero que observan las operadoras del Servicio Local es que la niña no se comunica acorde a su edad, ya que nombraba palabras sueltas que muchas de estas eran inentendibles, jergas y gestos. Las dificultades en el habla finalmente fueron diagnosticadas como un retraso mental por falta de estimulación. Por otro lado presenta desnutrición, un aspecto físico deteriorado, mala higiene y ropa inadecuada. Además, los análisis detectan una enfermedad de transmisión sexual. Estos resultados alertan al Servicio Local el cual acto seguido decide buscar a los otros menores y al padre para realizarles los estudios pertinentes para conocer el estado de situación de toda la familia.

Mariano (12) y Joaquín (10), hermanos de Sabrina que compartían el hogar junto con su padre, son ingresados al hospital para la realización de los análisis y para mantener una entrevista con las operadoras del Servicio Local. Santiago (16), el restante de los hermanos que compartía vivienda, no fue localizado en ningún momento, ni a largo de toda la intervención por parte del Servicio Local hasta la actualidad.

Lo niños presentan al igual que su hermana un aspecto físico deteriorado, mala higiene y ropa inadecuada. En menor medida que Sabrina, también presentaron dificultades en el habla y desnutrición. En cuanto a la alimentación, refieren que ellos salían a pedir a un restaurante de comidas rápidas a diferencia de su hermana, y destacan que a veces pasaban días sin comer. Por último, los resultados de los análisis dieron positivos a la misma enfermedad de transmisión sexual que tenía Sabrina.

Se observan conductas muy diferenciadas entre los tres menores entrevistados. Por un lado, Sabrina se mostraba alegre, dócil, buscaba el contacto corporal y estaba predispuesta a los cambios e intervenciones planteadas. Era la única que se relacionaba de manera positiva con el Servicio. Por otro lado, se observó a Joaquín nervioso e inquieto. Durante el primer día de internación presentó conductas de agresividad extrema y violencia, golpeando a las operadoras y rompiendo vidrios del hospital. Por último, Mariano mostro una conducta asustadiza y tímida. A diferencia del hermano presento una pasividad extrema, comunicándose poco y demostrando desconfianza hacia el servicio.

En la entrevista con el padre las operadoras constatan que los niños no contaban con Documento Nacional de Identidad, nunca fueron escolarizados, no contaban con la vacunación obligatoria por calendario y no habían accedido a revisiones médicas periódicas desde su nacimiento. Cuando es interrogado sobre el cuidado diario de los menores, el adulto informa que al trabajar de noche, descansa durante el día y los niños quedan al cuidado de Santiago y esporádicamente de una persona de 22 años. Luego, mediante informes y entrevistas con los hermanos mayores de los niños, se conoce que dicha persona tiene problemas de consumo y se dedica a la prostitución. Por otro lado, se pregunta por la madre de los niños que hasta el momento no había estado presente en ninguno de los diagnósticos médicos ni en la internación. El padre comenta que la madre se encontraba privada de su libertad, cumpliendo una condena por haber sido procesada en una causa por prostitución de menores.

Meses posteriores, a lo largo de las entrevistas con los niños estos empiezan a relatar ciertas situaciones vividas con mayor detalle. Luego de haber transitado parte de los tratamientos designados por el Servicio Local para las problemáticas que presentaban, los niños lograron resignificar y aportar más información sobre los hechos sucedidos en la vivienda. Por un lado, los hermanos relatan que Santiago debía ser el *castigado* ya que él era el que *se portaba mal*. Al avanzar con las preguntas en la entrevistas mencionan que mantenían un secreto con su hermano Santiago, un primo y amigos de estos. Dentro de estos relatos afirman que sufrían abusos sexuales por parte de estos de forma reiterada. Adicionalmente, Joaquín y Mariano comentan que estas conductas también habían sido practicadas entre ellos mismos y hacia Sabrina. Por

último, mencionan que en estas situaciones a veces eran incluidos los perros de la vivienda.

En el marco de las entrevistas anteriormente mencionadas, los niños refieren al destrato por parte de su padre y Sabrina comenta puntualmente que sufría maltrato físico por parte del mismo, lo cual no sucedía con sus hermanos.

Tomando los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2016), que uno de sus progenitores se encuentre privado de su libertad como consecuencia de participación en actividades delictivas y consumo problemático de drogas, sumado a las condiciones socioeconómicas adversas en las que se encontraba la familia, se considera a esta situación en su totalidad como un factor de riesgo latente. Adicionalmente, luego de trabajar con el padre no se observó registro por parte de este sobre la situación grave que sufrían sus hijos. Esto deja en claro las expectativas no realistas sobre el correcto desarrollo evolutivo de los niños y la falta de conocimiento sobre estos. En cuanto a los factores relacionales nombrados por la Organización Mundial de la Salud, se visualiza la falta de un apoyo familiar y de seres queridos a la hora de criar a los menores. Adicionalmente, la relación con el hermano mayor al cuidado, el primo y sus amigos influyen negativamente y propician el maltrato y el abuso. Por último, la falta de una vivienda adecuada y la pobreza encuadran los factores sociales y comunitarios.

Según la lectura de varios autores podemos observar en el caso distintos tipos de maltrato infantil. Se pueden identificar el maltrato físico, negligencia, maltrato psicológico y abuso sexual. En primer lugar, se reconoce lo que la OMS define como maltrato físico, ya que según lo que comenta Sabrina el padre había utilizado la fuerza física hacia ella. Por otro lado, tomando los aportes de Arruabarrena (2011), se pueden distinguir dos tipos de maltrato psicológico: el abuso emocional y psicológico con actos hostiles hacia el niño y el abandono emocional y psicológico con omisiones hacia el niño. En este caso se evidencia el abandono emocional, ya que como menciona Manso (2001) este se asocia a la falta persistente de respuestas a las señales, expresiones emocionales y la actitud proactiva de acercamiento por parte del niño, y la falta de respuesta y contacto por parte de una figura adulta estable. Dentro de las formas de maltrato psicológico citadas por Garbarino, Guttman y Seeley (1989) los niños sufrieron rechazo, aislamiento y fueron ignorados. No se les permitió tener relaciones sociales normales, fueron privados de una estimulación esencial limitando así su crecimiento y su

desarrollo emocional, y su presencia no fue reconocida como tampoco fueron legitimadas sus necesidades.

En cuanto a los indicadores de abuso sexual lo primero que se evidencia es una enfermedad de transmisión sexual, en este caso sífilis. Esto evidencia que este abuso sexual incluyó algún tipo de contacto físico (Barney, 2006). Los hermanos presentan conductas hipersexualizadas que se ven reflejadas en las relaciones que mantenían entre si y por otro lado, estas conductas pueden tener que ver con la necesidad y acción de mantener relaciones con animales.

Se identifican distintos tipos de negligencia. La desnutrición, la ropa desalineada, la mala higiene y el aspecto físico deteriorado identifican la negligencia física. La falta de atención médica a lo largo de la vida de los niños, la inexistencia de vacunación obligatoria y el acontecimiento específico de pediculosis y pio dermitis grave de Sabrina, como ya se nombró, son claros ejemplos de una negligencia médica. Por último, la negligencia educacional ya que ninguno de los niños accedió al sistema de escolarización obligatoria. Por último, relacionado al incumplimiento de las obligaciones por parte del padre, podemos encontrar el derecho vulnerado a la identidad ya que ninguno de los menores contaba con DNI (Ley 26.061).

El trastorno en el lenguaje, que se mencionó previamente en el caso de Sabrina, fue diagnosticado como un retraso mental por falta de estimulación. Por otro lado, Joaquín fue diagnosticado con un retraso madurativo severo ya que no presentaba las principales características de los niños de su misma edad teniendo afectadas las áreas del habla, la socialización y el desarrollo cognitivo.

Teniendo en cuenta lo mencionado por Jiménez (2002) este es un caso en el que no se visualiza un único maltrato, sino que coexisten varios a la vez. Por ende, las consecuencias físicas, emocionales y conductuales son multicausales. En situaciones, los trastornos en los menores pueden ser atribuidos a un único maltrato, y en otros casos esto no es posible de diferenciar. Es interesante remarcar la particular dificultad en el lenguaje manifestado en los tres menores. Por otro lado, al observar a los niños en la primera entrevista en el hospital se evidencia como en cada situación particular las reacciones y sus comportamientos difieren entre sí, al margen de haber compartido un mismo entorno de maltrato.

## **5.2 Objetivo 2: Analizar las intervenciones realizadas en el caso por el equipo interdisciplinario.**

El caso de estudio llega al Servicio Local a partir de un contacto telefónico directo de la médica pediatra García quien seguía el caso de pediculosis y pio dermitis grave de Sabrina. Luego de que la ONG buscara por segunda vez a la niña y la acercara al centro de salud, se toma la determinación de trasladarla a un centro médico de mayor complejidad. Esto se produjo como consecuencia de no haber respetado el tratamiento ni haber administrado los fármacos recetados, agravando así la enfermedad. En el trascurso de su traslado al hospital y luego de la situación observada, la médica García se comunica con el Servicio local para informar haber identificado un caso de negligencia grave y solicitar asistencia en el hospital por parte de estos.

En el hospital el equipo técnico del Servicio Local se acerca con el fin de iniciar el procedimiento de protección, buscando constatar la situación planteada. En estos casos se entrevista al adulto y luego al menor. Se busca identificar amenazas o bien derechos que estén siendo vulnerados para así adoptar las medidas de protección necesarias (Herrera y Buergues, 2010). Debido a la entrevista con el padre y los resultados de análisis de sangre de Sabrina, como siguiente estrategia el Servicio decide buscar a los otros menores que vivían en el domicilio ya que había un riesgo latente para estos también. El equipo interdisciplinario que visitó la vivienda estaba conformado por un abogado, una psicóloga y una trabajadora social. Parte de esta intervención consistía en observar el entorno en el cual se desarrollaba la vida de los menores, ya que son datos valiosos a la hora de tomar una determinación. Como consideración, la vivienda no contaba con condiciones mínimas de higiene y limpieza, el baño era un pozo, el piso era de tierra y había cables sueltos por doquier.

Por otro lado, se pidieron estudios de sangre del padre en pos de buscar el origen de la enfermedad de transmisión sexual que se identificó en la niña. Adicionalmente, se decidió que los hermanos se internaran para poder realizarles los estudios, entrevistas y chequeos médicos correspondientes. En el caso de los niños dieron positivo a la ETS y el padre negativo. Luego de observar la situación habitacional, el estado físico y psicológico de los niños, la actitud negligente grave por parte del padre, y la presencia de una enfermedad de transmisión sexual, se toma la medida de abrigo.

La medida de abrigo tiene como objeto brindar al niño, niña o adolescente un ámbito alternativo al grupo de convivencia cuando en éste se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos, hasta tanto se evalúe la implementación de otras medidas tendientes a preservarlos o restituirlos (Ley 13298 en el Art. 35 BIS). Como se estipula en esta *medida de protección con carácter excepcional* se deben seguir determinados lineamientos. Al no haber otro adulto responsable en el domicilio, y dado el estado de la vivienda, el Servicio debió optar por apartar a los menores de este sitio. Lo primero que se buscó fue ponerse en contacto con la familia ampliada ya que esta es prioridad al momento de establecer un ámbito alternativo de convivencia para los menores. En este caso se contactó inicialmente a los hermanos, los cuales tenían mayoría de edad y convivían en la vivienda aledaña compartiendo el mismo terreno. Estos acusaron que no podían hacerse cargo de los menores. En simultáneo, se llamó a los tíos por parte del padre logrando coordinar una entrevista a la cual nunca asistieron. Dada la imposibilidad de relacionar a los niños con un familiar directo, se avanza con la alternativa de asignar a los menores a hogares. En relación a este lineamiento la ley plantea que los hermanos deben permanecer juntos, lo cual no fue posible dada la falta de disponibilidad en estas instituciones. Ambos varones fueron juntos a un mismo hogar, mientras que la niña debió ser asignada a otro.

Dentro de los 180 días de duración que tiene esta medida, se implementaron las llamadas *medidas de protección* para preservar o restituir los derechos de los niños (Lottini, 2010). Como primera estrategia y al igual que sugiere Unicef (2013) se aseguró el acompañamiento de los menores pactándose visitas quincenales por parte de las operadoras en los respectivos hogares. Dicha estrategia fue planteada para verificar los avances de la situación, hacer ajustes en caso de necesitarlos e intervenir cuando no se estén cumpliendo los acuerdos definidos a favor del niño (Herrera y Burgues, 2010).

En relación al área de salud, se indicó estudios de serología, control pediátrico y vacunación para todos los niños. Así mismo recibieron tratamiento para la enfermedad de transmisión sexual y como precaución tratamiento antirretroviral. Se ordenaron controles y tratamientos odontológicos, y específicamente para Sabrina se continuó el tratamiento para la pediculosis grave que sufría.

El Hogar que recibió a Mariano y Joaquín contaba con un área educativa la cual se encargó de realizar un proceso de evaluación pedagógica de estos. En virtud de las

características observadas y las conclusiones obtenidas en conjunto con el Servicio Local, se encontró una escuela en donde se podía trabajar y alojar las complejidades tanto emocionales como pedagógicas de los niños. Por otro lado, dentro de estas evaluaciones se desprendió la necesidad de diagnóstico y tratamiento psicopedagógico para ambos. A Joaquín se le asignó tratamiento fonoaudiológico y se lo hizo partícipe de un programa terapéutico del ministerio que trabaja con niños con necesidades especiales y vulneración de derechos. Mariano asistía a tratamiento psiquiátrico cada quince días.

En el caso de Sabrina no fue posible escolarizarla de inmediato por sugerencia de la neuróloga tratante. Por parte del Servicio Local, se gestionaron las respectivas derivaciones ya que se indicó realizar un trabajo de fortalecimiento desde las áreas de fonoaudiología, psicopedagogía y psicología para compensar las dificultades del habla, pedagógicas y emocionales. Esta determinación fue en pos de no exponer a la niña a situaciones que le generarían numerosas frustraciones y recién se esperaría un año para ver sus avances y así anotarla en una escuela. Luego de estos tratamientos se especificó que, una vez escolarizada, la niña contara con una maestra integradora que evaluara el proceso de aprendizaje y realice un seguimiento detallado de su evolución. Esta última herramienta es parte necesaria del proceso que le brinda al Servicio Local información valiosa para definir los pasos a seguir.

Como consecuencia de las entrevistas posteriores, en las cuales los niños relatan las situaciones de abuso sufridas, las operadoras realizaron las denuncias correspondientes en cumplimiento con las pautas de la Ley 26.061. La misma establece que, cuando se toma conocimiento que un niño, niña o adolescente está en riesgo, se debe realizar una denuncia relatando los dichos de los mismos. Complementariamente, fue indicado un tratamiento psicológico específico en relación al abuso.

El pedido de informes y el trabajo interdisciplinario con los respectivos profesionales de las distintas áreas, pone en práctica la transversalidad a la que se refiere Sánchez (2010). Dentro de este caso se observó un equipo con diversos enfoques científicos los cuales dieron soluciones con una mirada integral a los problemas existentes.

Las medidas llevadas a cabo en la familia son nombradas en el Artículo 35 de la Ley 13.298 y se relacionan con las recomendaciones planteadas por Unicef (2013). En cuanto



al padre, luego de haber sido sometido a entrevistas llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario del Servicio Local, le fue indicado realizar tratamiento psicológico y psiquiátrico. Este se negó a avanzar con dichos tratamientos acusando no necesitarlos, al margen de la necesidad que suponía esto para poder reencontrarse con sus hijos. Sumado a esto, en ningún momento logro dimensionar la situación de riesgo a la que estaban expuestos los niños, lo que fue un llamado de atención para el Servicio. En el caso de la madre, la misma fue visitada en la cárcel por una de las operadora y un abogado. Al tener la entrevista en un primer momento refirió no querer perder a sus hijos, pero avanzada la conversación perdió el foco y el interés, buscando discutir su situación legal y su desconfianza hacia sus hijas mayores, temas que no eran relevantes para el equipo. Dada su situación judicial y el poco interés demostrado, el Servicio Local desistió en avanzar con una derivación y tratamiento correspondiente para poder acercarla a sus hijos. En consecuencia a la postura de los padres frente a la medida de abrigo y la falta de compromiso a los tratamientos asignados, el Servicio Local informó debidamente la situación al Juez de Familia interviniente solicitando la declaración de la situación de adoptabilidad.

Sabrina y Joaquín, luego de convivir durante dos años en el Hogar, comenzaron por separado una vinculación con las que serían sus respectivas familias adoptivas. Mariano al ser el mayor de los tres, y dada la dificultad en su adopción, se comenzó a trabajar su autonomía. Puntualmente se lo incluyo en un programa de autonomía progresiva para jóvenes que consiste en brindarle recursos y herramientas, y así estar fortalecido cuando cumpla la mayoría de edad y deba egresar del Hogar.

### **5.3 Objetivo 3: Describir los cambios observados en los niños del caso a partir de las intervenciones realizadas por el equipo de profesionales.**

Las intervenciones llevadas a cabo por el Servicio Local tienen como fin restituir los derechos del niño que han sido vulnerados, como así también generar una mejora en su bienestar psicológico, emocional, conductual, social y físico. Según la Organización Mundial de la Salud (2016), las consecuencias que pueden sufrir estas áreas del desarrollo mencionadas a mediano y largo plazo se contrarrestan cuando los derechos del niño son respetados, y cuando se logra un cambio positivo en su calidad de vida respecto a la situación en la que se encontraban cuando se iniciaron las medidas de

protección. Trabajando desde la prevención terciaria se busca mediante las intervenciones la rehabilitación de la salud. Esto refiere a, por ejemplo, evitar la reproducción de las experiencias vividas por los menores en el futuro como así también reducir las secuelas que estas dejaron en ellos (Morales González y Cabanillas, 2001).

El primer cambio puede observarse cuando el Servicio Local toma la determinación de aplicar la medida de abrigo y esta es comunicada a los niños. Esto excluyó a los menores del entorno en el cual se encontraban y los protegió de una realidad en la cual sus derechos podían seguir siendo vulnerados tal como fue comprobado. Así mismo, esta decisión por parte del Servicio Local está en línea con cumplimiento de la Ley 26.061 asegurándole la posibilidad a tener una familia alternativa o adoptiva que los críe cuando no puedan tener contacto directo con sus padres. Como punto a destacar los menores responden positivamente a este cambio que les propone el Servicio, sin oponerse en ningún momento ni mostrarse angustiados. Adicionalmente, los tres menores solicitaron estar separados entre sí, y no atinaron a consultar por su padre.

Teniendo en cuenta los informes que los distintos profesionales tratantes envían al Servicio Local, sumado las visitas quincenales que las operadoras mantienen con los niños, se observaron cambios en diversas áreas en las cuales los niños tenían dificultades en un principio.

Inicialmente los tres hermanos se mostraron temerosos al llegar a los hogares, ninguno quería hablar y se evidenciaba desconfianza por parte de estos. Al pasar los días se adaptaron a la dinámica institucional manteniendo vínculos positivos con sus compañeros y adultos. Todos comparten cuartos con otros niños, y a lo largo de la medida comentaron en las entrevistas que están contentos con la institución y que pudieron hacerse de amigos. Del hogar comentaron que Sabrina siempre se mostró cariñosa, alegre y bien dispuesta ante las distintas situaciones. Tanto Mariano como Joaquín fueron inscriptos en el mismo hogar debido a la falta de disponibilidad en otros. Al margen de demostrar una buena adaptación al nuevo entorno propuesto, en un primer momento no generaban vínculos profundos con otros niños y solían estar siempre juntos. Esto se observa como un cambio positivo en la relación entre los hermanos. Por momentos, en las entrevistas con las operadoras se mostraban descontentos por su situación y por no poder ver a su familia, a lo cual se les explicaba la complejidad y los pasos a seguir. Al comienzo surgían episodios de angustia los cuales

con el correr del tiempo fueron disminuyendo gracias al constante dialogo y apoyo de las operadoras y del hogar.

En relación al área educativa los tres niños fueron escolarizados. Como se mencionó anteriormente, Mariano y Joaquín lo hicieron con antelación a Sabrina. En el caso de Mariano, los informes de la institución escolar a la cual asistió muestran que el mismo se adaptó al grupo de pares, aunque prefiriendo los trabajos individuales. El vínculo con los docentes era correcto manejando las pautas que le exigía la rutina escolar y respetando las normas de convivencia. En todo momento se caracterizaba por ser tímido e introvertido, puntualmente presentaba dificultades en la participación oral. En el caso de Joaquín fue similar la correcta adaptación con la institución, con la particularidad de demostrar alegría al ingresar a una actividad junto a sus compañeros, incluso saludando. Al igual que su hermano Mariano presentaba un vocabulario reducido, con claras dificultades en el lenguaje utilizando frases cortas de dos o tres palabras. Puntualmente Joaquín, en consecuencia a esto último, demostraba alegría cuando era entendido y frustración cuando no lograba hacerlo, desinteresándose por la actividad.

Con el correr del tiempo, en relación al área de fonoaudiología y psicopedagogía, ambos varones evidenciaron avances en el lenguaje expresivo y comprensivo y, en consecuencia, la mejora en la adquisición de la lectoescritura. Lograron comprender consignas básicas de acuerdo a las tareas que se les asignaban, y se vieron avances en la apropiación de hábitos y su atención. Profundizando en el ámbito educativo, se debe aclarar que tanto Joaquín como Mariano iban a cursos desfasados según su correspondiente edad cronológica. No obstante ambos menores adquirieron conocimientos en áreas generales. Por un lado Joaquín aprendió a escribir su nombre y nombrar los colores. En el caso de Mariano pudo escribir palabras con la ayuda de un docente. Ambos evidenciaron mejoras en áreas como las matemáticas, aprendiendo a contar según las expectativas de los cursos a los cuales cada uno estaba designado.

En relación a Sabrina se trabajó por un lado las áreas de fonoaudiología y psicopedagogía para poder ser escolarizada dada la situación en la que se encontraba la niña. En un primer momento manifestaba estados de mucha angustia y llanto cuando se presentaban actividades de lectoescritura, actividades de evaluación y la puesta de límites. Esto fue mejorando a medida que se trabajó con la frustración que le generaban

estas situaciones y la adquisición de conocimientos por parte de ella. Se observó una mejora en su atención, incorporo rutinas de trabajo, aprendió a escribir su nombre y mejoró su vocabulario pudiendo completar una oración. A partir de estos avances, se pudo escolarizar a la niña en un grado desfasado según su edad cronológica, lo cual fue un gran paso ya que en un primer momento no había sido posible siquiera realizarle los test acorde a su edad para una evaluación integral, dado los pocos recursos con los que contaba.

En cuanto al área psicológica, se trabajó con los tres menores la comunicación de las emociones debido al déficit que tenían en este aspecto como consecuencia de todo lo vivido en su vida. Se observó un avance a la hora de discernir qué situaciones les provocan alegría, tristeza, enojo, etc. En Sabrina particularmente, lo cual se habló también con el área de psicopedagogía, se observaba que no expresaba el *no* en ninguna situación, lo cual fue revertido y paso a expresarlo de manera habitual. Esto se relacionó con el trabajo sobre la noción de la intimidad, el cuerpo propio y el ajeno, y qué es un juego y qué no. En cuanto a las actividades lúdicas se observaron cambios y estos conocimientos se vieron también reflejados. Por último, se evidencia que los tratamientos psicológicos son prometedores en el maltrato infantil ya que los niños como consecuencia de estos mostraron grandes avances a la hora de poder resignificar lo ocurrido en la casa (Oates & Bross, 1995).

Las actividades recreativas en un ambiente sano, como nombra la ley 26.061, son parte del cambio y de la restitución de derechos en los niños. En el caso de estudio los hermanos comenzaron a concurrir a un club a jugar al fútbol, mientras que Sabrina mantenía salidas con los voluntarios del hogar. En vacaciones todos participaron de salidas y actividades recreativas. Por último, todos los niños festejaron su cumpleaños por primera vez, ya que nunca en su vida lo habían hecho.

En general y en relación a las distintas áreas se observa a los niños en mejor condición, manteniendo una vida acorde a sus necesidades. Estos ya no sufren humillaciones ni abusos de ningún tipo, se respeta su honor y se protege su imagen así como define la Ley 26.061 anteriormente mencionada. Así mismo, se percibe la influencia positiva por parte de la comunidad y de los servicios profesionales ya que pudieron acompañarlos y ayudarlos a afrontar las circunstancias desfavorables, y así atravesarlas en mejores condiciones (Unicef, 2011).

## 6 Conclusiones

En el presente trabajo se describió un caso de tres hermanos en donde se manifiestan distintos tipos de maltrato infantil. Dentro de la práctica habilitante para el título de psicología se permitió el acceso a los legajos del caso desarrollado. Para abordarlo se definió un objetivo general y tres objetivos específicos.

En el primer objetivo se define principalmente qué tipos de maltrato sufrieron los niños y, como consecuencia, quedan expuestos los derechos vulnerados en estos. Desde el comienzo del relato se evidencian factores de riesgo en torno a lo familiar, social, comunitario y relacional (Mouesca, 2015). Teniendo en cuenta los indicadores de maltrato infantil sumado las entrevistas con los distintos actores, se pueden identificar el maltrato físico, sexual, negligencia y psicológico (Aguilar Cárceles, 2009). Producto de la red articulada de acciones entre diversos organismos estatales, no gubernamentales y la comunidad, se logró conocer y abordar el caso, como así comenzar la restitución de derechos de estos niños con la acción del Servicio Local y su equipo técnico interdisciplinario.

El segundo objetivo se buscó describir y analizar las intervenciones llevadas a cabo por el Servicio Local en relación al caso de estudio. Partiendo de lo que mencionan Sánchez (2010) y Clerici (2019), se expone también el trabajo con los distintos efectores públicos, la perspectiva compleja necesaria para abordar estos casos y la importancia de la labor transdisciplinaria. En este sentido, la intervención es dinámica. Como en esta situación particular se observa, de una denuncia que deja en manifiesto la negligencia del adulto hacia una menor, se evidencia la problemática de maltrato en los demás niños de la familia en iguales condiciones de vulnerabilidad. En cada decisión tomada los organismos intervinientes, como la ONG y el Servicio Local, tienen como guía y aval un protocolo determinado en línea con la legislación vigente. No obstante, la particularidad del caso no solo es evaluada sino determinante a la hora de definir la intervención a aplicar.

Luego de las evaluaciones pertinentes y la gravedad del caso de estudio, se tomó la decisión de implementar la medida de protección de carácter excepcional llamada medida de abrigo (Art. 35 BIS de la Ley 13.298). Al no existir familia ampliada los niños fueron reubicados en hogares.

En simultáneo, a partir de las entrevistas realizadas se determina que los niños sean derivados a controles de salud generales, a tratamiento psicológico, psiquiátrico, neurológico, y a sesiones de fonoaudiología. También son re escolarizados y se les restituye el derecho a la identidad por medio de la obtención Documento de Identidad. Por otro lado, al padre se le recomienda iniciar tratamiento psicológico y la madre es visitada en la cárcel para comunicarle la situación de sus hijos.

El tercer objetivo describió los cambios de los niños a partir de las intervenciones realizadas. Lo más importante a destacar es como, a partir de ciertos cambios en la vida de estos niños producto de la imperiosa necesidad de restitución de derechos, se observan grandes avances en relación a todas las áreas que en un principio estaban sumamente afectadas. Como nombra Unicef (2011), los factores de protección por parte de la comunidad y los servicios profesionales sumado a un ambiente propicio, expone evidentes mejoras en sus conductas, emociones y formas de relacionarse fueron evidentes. Se describió el acompañamiento que realiza el Servicio Local con los niños en la transición desde el ambiente hostil en que se encontraban hasta el hogar que los recibió, y así mismo la importancia que le asigna al seguimiento periódico en dichas instituciones.

En cuanto a las limitaciones encontradas desde la perspectiva del practicante, la posibilidad de poder realizar visitas a establecimientos por fuera de las instalaciones en donde se realizaba la práctica profesional hubiera sido de gran aporte tanto en recolección de información como en entendimiento de los casos abordados. Así mismo, en el momento en que se realizaba la práctica profesional no se tuvo el recaudo sobre la necesidad de recolectar información precisa para afrontar los desafíos que se plantearían en el trabajo. En consecuencia fue indispensable ponerse en contacto con las operadoras del Servicio Local para recolocarla, y si bien dichas operadoras se mostraron colaboradoras y predispuestas a la solicitud, fue complejo por cuestiones de agenda diaria encontrar un momento para concretar una reunión. En la construcción del marco teórico y posterior desarrollo de los objetivos planteados fue escasa la bibliografía encontrada, principalmente a la hora de profundizar la investigación sobre el impacto en menores de intervenciones o restitución de derechos vulnerados producto del maltrato infantil.

El caso elegido plantea prácticamente desde un comienzo la imposibilidad de realizar un abordaje con la familia directa o ampliada de los menores. Si bien los beneficios de los tratamientos psicológicos individuales son muy importantes, se recomienda alternar con tratamientos intrafamiliares logrando así un panorama más alentador (Morales González & Cabanillas, 2001). La situación legal desfavorable por parte de la madre no permitió un contacto más allá de una mera entrevista con las operadoras, sin aportes significativos para el avance del caso. En cuanto al padre, queda el interrogante de haber realizado una intervención mediante un tratamiento psicológico prolongado pudiendo así ser parte activa de la creación de un ambiente favorable y la correspondiente restitución de derechos para los menores. Este abandonó el tratamiento en su momento acusando no necesitarlo y en la actualidad se encuentra desaparecido. Resulta llamativo que ningún familiar directo ni de la familia ampliada haya querido ponerse en contacto con los menores, y es obligado cuestionarse a futuro si interviniendo con otro enfoque el resultado podría ser distinto. Por ejemplo, plantear un mayor trabajo de campo, con operadoras que salgan al encuentro de esa familia ampliada y no solo a través de llamadas telefónicas.

Adentrándonos en la historia se puede observar que el maltrato infantil deviene desde el inicio de la humanidad, y así mismo nos enfrenta a una paradoja (Robaina Suarez, 2001). Por un lado es innegable la evolución que ha tenido la sociedad para abordar esta problemática, pero así mismo podemos encontrarla sin distinción de clases y en diversas culturas alrededor del mundo. La prevención es fundamental a la hora de aminorar la violencia y el maltrato infantil. Desde una perspectiva crítica, se considera de suma importancia la elaboración de nuevos programas de prevención primaria y secundaria, y de protección de los niños vulnerados y sus familias. A partir del estudio de los factores de riesgo se podrían generar nuevas intervenciones centradas en los niveles de prevención anteriormente mencionados, ya que está demostrado que son las más eficaces a la hora de afrontar este problema social (Morales González & Cabanillas, 2001).

Luego del análisis de la problemática de maltrato infantil, siendo esta promotora de consecuencias irreversibles en los menores, se puede concluir también que es imprescindible la existencia de políticas públicas con su respectiva inversión asociada y

asignación de recursos dirigidas a este colectivo, el cual se encuentra dentro de los grupos más vulnerables.

En cuanto a futuras líneas de investigación sería necesario reflexionar acerca del rol de un Estado, entendiéndolo a este como un componente que incluye a la comunidad en su totalidad. Es evidente que se debe analizar y definir una metodología que busque detectar con anterioridad las situaciones adversas que describimos en el caso, evitándose así realidades mucho más difíciles de abordar y tratar. Para la problemática de maltrato infantil ya efectivizado sería conveniente analizar el impacto de las intervenciones y las medidas aplicadas en los menores para la restitución de sus derechos. Sería interesante hacer una investigación longitudinal de múltiples casos con el fin de observar con mayor precisión cuál es el cambio que presentan estos menores una vez iniciado el proceso de restitución de derechos y a lo largo que su desarrollo. Por último, adentrándonos en los tipos de maltrato, en relación al abuso sexual infantil según las estadísticas los abusadores son en mayor medida hombres y las víctimas lo son en mayor medida de sexo femenino. Una nueva línea de investigación, que profundice en estos resultados, permitiría llegar a conclusiones en relación a este tema.



## 7 Referencias Bibliográficas

- Allen, B., & Kronenberg, M. (Eds.). (2014). *Treating traumatized children: A casebook of evidence-based therapies*. Guilford Publications.
- Allin, H., Wathen, C. N., & MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(8), 497-504.
- Ariès, P. (1987). El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen.
- Arruabarrena, M. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial intervention, 20*(1), 25-44.
- Averbuj, G., Bozzala, L., Marina, M., Tarantino, G., & Zaritzky, G. (2010). Maltrato Infantil: orientaciones para actuar desde la escuela. Ministerio de educación.
- Azaola, E. (2006). Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. *Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF SSA*.
- Barney, G. L., & Londoño, J. A. C. (2006). Abuso sexual infantil. *Precop SCP, 3*, 16-30.
- Bidart Campos, G. J. (1995). *Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino*. Buenos Aires: Ediar.
- Bringiotti, Comín (2002) Manual de Intervención en Maltrato Infantil. Recuperado de: <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/glosario/?id=361>
- Cárceles, M. M. A. (2009). Abuso sexual en la infancia. In *Anales de Derecho, 3*(27), 210-240.
- Child Welfare Information Gateway. (2019). *Definitions of child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Clerici, M. G. (2019). Niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Intervenciones en el marco del Sistema de Protección Integral. Las medidas de abrigo. Recuperado de: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/053\\_ninez1/material/descargas/nnya\\_sujetos\\_derechos\\_spi\\_medidas\\_abrigo.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/053_ninez1/material/descargas/nnya_sujetos_derechos_spi_medidas_abrigo.pdf)
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child maltreatment, 10*(2), 150-172.

- De Bonis, M. C. (1998). Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. *Revista Nuestro Hospital Año, 2(2)*.
- Díaz, E. D. N. J. C. (2017). Reflexión sobre la dignidad del niño y niña. *Revista Colombiana de Bioética, 12(2)*, 90-100.
- Encuesta rápida COVID-19 (2020). Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/8646/file/tapa.pdf>
- Fernández Couse, G., & Perea Corral, J. (2004). Síndrome del maltrato infantil. *Revista Cubana de Pediatría, 76(3)*, 0-0.
- Fernández, V. (2014). Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados. *Universidad de Murcia, 6-7*.
- Gerosa, S., & Thourte, M. (2017). Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia.
- Gómez de Terreros Guardiola, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuadernos de Medicina Forense, (43-44)*, 103-116.
- González, N. T. J. (2007). Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 50(3)*, 128-130.
- Gonzalvo, G. O. (2002). Indicadores de maltrato infantil. *Guías clínicas de España, 2*, 44.
- Herrera, M., & Burgués, M. (2010). Las medidas de protección de derechos en el Sistema de Protección de la Provincia de Buenos Aires. *Cuestiones procedimentales. Temas claves en materia de en la Provincia de Buenos Aires. Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes, 138-162*.
- Jiménez, L., & Donoso, P. (2002). Incidencia del maltrato físico y psicológico infantil en el rendimiento de los/las estudiantes/as. *Universitas, (2)*, 43-61.
- Kempe, H.C.; Silverman, N.F.; Steele, B.F.; Droegemuller, W. y Silver, H.K. (1962) The battered-child syndrome. *JAMA 181:105-112*
- Kempe, C. H. (1971). Paediatric implications of the battered baby syndrome. *Archives of Disease in Childhood, 46(245)*, 28.
- Ley N°13.298. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, 29 de Diciembre de 2004.
- Ley N°26.061. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 21 de Octubre de 2005.

- Manso, J. M. M. (2001). Variables que Intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de Maltrato Infantil. Universidad de Extremadura.
- Meza, J. A. D. (2016). El maltrato infantil por negligencia: Concepto y visión general sobre su evaluación. *I+ D REVISTA DE INVESTIGACIONES*, 7(1), 14-23.
- Modovar, C., & Ubeda, M. E. (2017). La violencia en la primera infancia. Marco regional de UNICEF para América Latina y El Caribe. Ciudad de Panamá: United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef).
- Mouesca, J. P. (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(6), 558-567.
- O'Hagan, K. P. (1995). Emotional and psychological abuse: Problems of definition. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 449–461.
- Oates, R. K., & Bross, D. C. (1995). *What have we learned about treating child physical abuse? A literature review of the last decade. Child Abuse & Neglect*, 19(4), 463–473
- OMS. (2016). Maltrato Infantil. Obtenido de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Reporte de la OMS sobre la Violencia contra los niños. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-children>
- Perea, A; Loredó, A; López, G; Jordan, N& Trejo, J. (2007). Negligencia o pobreza: El sobre diagnóstico del maltrato al menor. *Acta Pediátrica Mex* 2007; 28(5), pp. 193-7. Recuperado de 2015de:<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2007/apm075e.pdf>
- Robaina Suárez, G. (2001). El maltrato infantil. *Revista Cubana de medicina general integral*, 17(1), 74-80.
- Rodríguez, M. R. (2007). Psicoterapia de grupo con niños víctima de maltrato en un albergue de México DF. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(3), 411-428.
- Sánchez, E. (2010). *Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad. Archivos de Bronconeumología*, 46, 50–52. Doi: 10.1016/s0300-2896(10)70012-0

- Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J., & Rodriguez, R. A. (2000). Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 24(12), 1591-1600.
- Sperry, D. M., & Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29(8), 889–904.
- Troncoso, J. (2008). *Círculo Virtuoso para la Experiencia Escolar, Escuela e inclusión. Santiago, Chile. Editorial LOM.*
- Un análisis de los datos del programa “Las Víctimas Contra las Violencias” 2018-2019. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/6776/file/Datos%20%22Las%20v%C3%ADctimas%20contra%20las%20violencias%22%202018-2019.pdf>
- Unicef. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño.*
- Unicef. (2013). *Guía de Orientación para la atención y prevención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en la provincia de Buenos Aires.* Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa%20de%20Orientaci%C3%B3n%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20en%20la%20provincia%20de%20Buenos%20Aires%202013.pdf>
- UNICEF. MDS. (2013). *Encuesta de Condiciones de Vida de la Niñez y la Adolescencia (ECOVNA).* Buenos Aires: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y la Adolescencia en Argentina (UNICEF).
- UNICEF. (2011). *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. Maltrato Infantil.*
- UNICEF. (2017). *Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes.* New York: UNICEF. Recuperado de [https://www.unicef.org/publications/files/Violence\\_in\\_the\\_lives\\_of\\_children\\_Key\\_findings\\_Sp.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_Key_findings_Sp.pdf).
- Watkins, S. A. (1990). The Mary Ellen myth: Correcting child welfare history. *Social Work*, 35(6), pp. 500-503.
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva* (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization.